

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León
Facultad de Ciencias Médicas**



Informe final de Investigación para optar al Título de:

“Máster en Salud Pública”

**Presentación clínica bucal rara de hiperplasia epitelial multifocal
en niño de 15 años procedente de una comunidad rural de
Chinandega.**

Autor:

Manuel Amed Paz Betanco.
Cirujano Dentista. UNAN-León.

Tutor:

Dr. Juan Almendárez Peralta. M.Sc.
Profesor Titular UNAN-León

León, Abril 2017.

“A la libertad por la Universidad”

DEDICATORIA

Este esfuerzo y triunfo; se lo dedico:

A: Mi Dios y Padre Celestial que me ha dado la oportunidad de contar con salud y fortaleza espiritual para concluir este peldaño de la vida.

A: El regalo más grande que Dios me envió a través de mi esposa, mi amada Irlanda Marylee.

A: Mi amada esposa María Elena Pineda Amador, quien ha sido mi fiel ayuda idónea y una bendición muy apreciada de mi Dios.

A: mi madre, Socorro Betanco Pérez, mi heroína incansable que con su esfuerzo siempre me instó a salir adelante a pesar de todas las dificultades.

A: Mariángeles, Claudia, Nordia y Antonio; mis hermanos que conocemos y nos identificamos con el secreto del éxito, la lucha.

A: Mi estimada Maestra, Colega y Amiga; Dra. Maritza Vásquez Díaz, quien ha sido además como un ángel que Dios puso en mi camino y que me ha impulsado para seguir progresando y tomando las mejores experiencias de la vida para compartirla con mis estudiantes.

AGRADECIMIENTOS

De manera muy especial, agradezco:

A: La Divinidad del Padre, Hijo y Espíritu Santo; porque siempre han puesto frente a mí a ángeles que me han ayudado a salir adelante y a quienes con gran estima les tendré siempre en mi mente y en mi corazón.

A: mi tutor de esta Tesis, Dr. Juan Almendárez Peralta, porque creyó en la importancia de este tema de investigación, en mi capacidad para echarlo andar y en que podría contribuir a la salud pública desde una perspectiva estomatológica.

RESUMEN

Presentación clínica bucal rara de hiperplasia epitelial multifocal en niño de 15 años procedente de una comunidad rural de Chinandega.

Se realizó un estudio descriptivo donde se presenta un reporte de caso, con la finalidad de documentar los hallazgos clínicos de las lesiones orales raras y múltiples presentes en la mucosa oral de un menor de edad.

Se estudió un caso único porque las lesiones observadas en el paciente nunca se habían observado con el aspecto múltiple en toda la mucosa bucal, además sus características clínicas se consideraron raras. La información recolectada fue a través de la historia clínica, exámenes de laboratorio, biopsia y fotos en cada fase del tratamiento.

Las lesiones encontradas de apariencia condilomatosa clínicamente correspondieron a Enfermedad de Heck. No se pudo evidenciar alguna relación etiológica entre los resultados de los exámenes auxiliares de diagnóstico con la presencia de las lesiones orales raras de la mucosa bucal. En el examen histopatológico se encontró positivo a Hiperplasia Epitelial Focal.

El manejo clínico se efectuó con Ácido Tricloroacético (ATA) 80% + Clorhexidina al 0.2% + colutorio de manzanilla con bicarbonato, observando remisión de las lesiones posterior a su aplicación. Se constató que el ATA 80% hace cambiar de color inmediatamente tras ser aplicado en las lesiones y que además no causa daño al tejido sano perilesional.

Se recomienda a la Facultad de Odontología implementar la Guía del Proceso del Diagnóstico en Patología Oral para la detección temprana y oportuna de lesiones asociadas al VPH y otras entidades clínicas propias del epitelio bucal de la niñez.

ÍNDICE

Contenido	Páginas
I. Introducción	1
II. Antecedentes	3
III. Justificación	5
IV. Planteamiento del problema	6
V. Objetivos	8
VI. Marco Teórico	9
VII. Material y Método	33
VIII. Resultados	39
IX. Discusión de resultados	63
X. Conclusiones	69
XI. Recomendaciones	70
XII. Referencias Bibliográficos	71
XIII. Anexos	77

I. INTRODUCCION

La Hiperplasia Epitelial Focal (HEF) o también conocida como Enfermedad de Heck, es una enfermedad dermatológica propia del epitelio bucal muy rara debido a que no tiene un factor etiológico clave en su aparición, no es frecuente y tampoco causa dolor o molestias al aparecer, razón por la que los pacientes la pasan desapercibida.

Es una enfermedad importante dentro de la estomatología que merece un estudio profundo y detallado por parte de los Odontólogos, debido a que comparte características clínicas similares con todas las entidades orales causadas directamente por el Virus del Papiloma Humano (VPH).

En este contexto resalta la importancia del conocimiento y manejo clínico de la Enfermedad de Heck, porque si bien es cierto se han hecho estudios donde se ha confirmado la presencia de los subtipos 13 y 32 del VPH, solo se ha hecho una asociación con tal presencia, pero no se le ha atribuido como el factor causal. En este panorama el Cirujano dentista quien nunca ha visto un epitelio oral con Enfermedad de Heck, difícilmente lo va a diferenciar de las verrugas, papilomas o condilomas orales.

Otra de las razones por las cuales es trascendental la habilidad del Clínico para diferenciar esta entidad condilo-papilomatosa de otras con similar manifestación oral, es la capacidad del VPH para inducir cáncer oral.

Un Odontólogo sin experiencia en el diagnóstico de lesiones mucosas de la cavidad oral fácilmente puede alarmar de manera equivocada al paciente o a sus familiares sobre el curso de las lesiones con Enfermedad de Heck al confundirlas con las entidades propias del VPH con potencial de malignización, dando pronósticos errados y afectando psicológicamente la calidad de vida de sus pacientes.

Méndez¹ en su estudio reporta la presencia de dermatosis localizada a la boca con un aspecto papilomatoso de dos años de evolución en un adolescente de 14 años, según este autor es de vital importancia el conocimiento de esta enfermedad en los Médicos por ser quienes atienden más niños y adolescentes, que los mismos

Odontólogos y al desconocer las lesiones por Enfermedad de Heck las pueden confundir con otras. Así también, De la Teja et al⁴, hacen énfasis en el conocimiento de esta enfermedad no solo por Odontólogos, sino también por Pediatras para que una vez establecido el diagnóstico, lleven a cabo un plan de tratamiento adecuado.

Debido a que, en Nicaragua, no hay estudios publicados sobre este tema y no se ha reportado la frecuencia de este tipo de patologías en los niños y adolescentes se vio de suma importancia estudiar de manera exhaustiva, detallada y organizada; las lesiones orales raras presentes en la cavidad oral de un niño de 15 años de edad procedente de una comunidad rural de la ciudad de Chinandega e implementar el plan de tratamiento adecuado en dichas lesiones.

Con los resultados de este estudio, se tendrán las primeras pautas de la presentación clínica de las lesiones orales por Enfermedad de Heck y del manejo terapéutico en nuestro país y se pretende además que tanto Odontólogos como Médicos de Atención Primaria en Salud se informen de la existencia de este raro padecimiento oral y con ello logren brindar una atención de calidad y calidez a la población nicaragüense en sus localidades.

II. ANTECEDENTES

Guevara et al⁷ reportan en su estudio de prevalencia de Enfermedad de Heck en niños de una comunidad rural de Mórrope-Perú, que no encontró diferencias estadísticas de la enfermedad por sexo, posteriormente llevaron el estudio a un nivel prospectivo para investigar los factores asociados en una muestra representativa del primer grupo estudiado, encontrando asociación estadística en las variables desnutrición, pobreza extrema y grado de instrucción de los escolares.

Según Lama et al⁹, los resultados mostraron que los pacientes o padres de los pacientes buscan ayuda profesional, ya sea porque se muerden durante la masticación, incomodidad tipo mecánico o por estética. Estos investigadores además realizaron muestras en padres asintomáticos, encontrando la presencia del VPH 13, y dejan para otros estudios preguntas interesantes como: ¿Por qué los padres no tenían manifestaciones clínicas? ¿Son los padres los reservorios y fuente de infección para sus hijos?

Pila et al¹⁰, reportaron los hallazgos clínicos de una paciente de 20 años de edad en Camagüey, Cuba positiva a Enfermedad de Heck, un hecho trascendental porque era el primer caso reportado en 45 años en el Hospital Manuel Ascunce Domenech, el examen confirmatorio fue la biopsia, no se hizo cultivo viral por falta de este en el Hospital y se manejó terapéuticamente con crioterapia por 6 meses, observándose excelentes resultados.

González et al¹⁷, realizaron un estudio sobre los efectos del ácido tricloroacético y la cirugía convencional en lesiones mucosas producidas por el VPH, encontrando que tanto el ácido tricloroacético como la cirugía convencional son tratamientos que tienen efectos positivos para la eliminación de las lesiones, aun cuando no todas estas lograron eliminarse en la primera sesión, hecho que no hace dudar de la efectividad que tiene cada uno, ya que muchas veces no dependerá del tratamiento como tal la eliminación inmediata de las lesiones sino de factores inherentes a los

pacientes, como su actitud, y otros inherentes a las propias lesiones, como su volumen, localización, entre otros.

Harris et al¹⁹, mostraron los resultados del manejo clínico de un paciente con lesiones positivas a Enfermedad de Heck remitida por Dermatología de la Universidad de Cartagena al servicio de Estomatología y Cirugía Oral, tratando las lesiones con ácido tricloroacético (ATA) en la cavidad oral, aunque aclaran que hay más reportes y resultados del uso de éste ácido a nivel vaginal, pero que por las similitudes de los epitelios bucal y vaginal llevaron a efecto esta terapéutica, observando la resolución de las lesiones posterior a dos topificaciones con ATA.

III. JUSTIFICACION

En Nicaragua actualmente no se lleva un control epidemiológico por parte de las autoridades del Ministerio de Salud ni de las Instituciones Universitarias prestadoras de Servicios de Salud Oral sobre la frecuencia, incidencia y manifestaciones clínicas por grupos de edad, sexo, etc; de enfermedades orales y menos de las entidades producto del VPH o de las asociadas.

Haciendo una búsqueda de información en los repositorios digitales de la UNAN-León siendo la Decana de Nicaragua en Odontología, no hay estudios monográficos sobre Enfermedad de Heck, y revisando las respectivas revistas nicaragüenses científicas que abordan temas de salud, tampoco se encontró reporte de este padecimiento bucal. Por tanto, se llegó a la conclusión que el diagnóstico de HEF en niños y adolescentes en nuestro medio es prácticamente nulo y porque no hay reporte de casos en Nicaragua publicados, y debido a la necesidad de que el Odontólogo diferencie las distintas entidades papilomatosas y condilomatosas, se creyó de interés presentar este caso clínico.

Los datos encontrados en este caso clínico servirán de base para futuras investigaciones en el medio odonto-estomatológico, así mismo informará a los Dentistas de la importancia del diagnóstico diferencial de las lesiones clínicas similares y servirá de base a la Cátedra de Patología Oral de la Facultad de Odontología de la UNAN-León para que realicen investigaciones sobre esta y otras entidades asociadas al VPH y su repercusión en la calidad de vida de la población nicaragüense.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hiperplasia epitelial focal es una enfermedad bucal rara de la infancia y adolescencia sin predilección por sexo, observándose en pacientes de distintas etnias indígenas de Guatemala, México, Perú, Venezuela, Argentina y Brasil.

Actualmente la aparición de las lesiones orales, se asocian a los subtipos 13 y 32 del VPH, se desconoce la patogenia y se han propuesto factores desencadenantes, de los cuales algunos autores ya han observado en estudios con muestras significativas.

La presentación clínica bucal rara múltiple en el epitelio oral se desconoce, solo se observado su desarrollo en largos periodos de evolución, lo que representa un reto para el Odontólogo tratante puesto que es fácil el manejo de lesiones pequeñas en comparación con lesiones extensas.

Al asociarse etiológicamente al VPH se han propuesto tratamientos para la remisión de las lesiones, aunque se conoce que no se pueden eliminar definitivamente puesto que es viral y que en otro momento pueden reaparecer, pero que para aliviar el padecimiento del paciente muchos autores han desarrollado distintas terapéuticas de manejo local y observan la evolución de la remisión de las lesiones desde su perspectiva de tratamiento, pero que no se cuenta con esa experiencia en nuestro país.

Por otra parte, otros investigadores han llevado a cabo el manejo clínico de las lesiones por HEF con terapéuticas que van desde lo quirúrgico a lo tópico u oral y han logrado variables resultados que van desde exitosos a infructuosos.

En este estudio además de documentar el diagnóstico de las lesiones por HEF se pretende observar cuales son las repercusiones del tratamiento efectuado para la remisión de las lesiones orales.

Es así como se plantean las siguientes preguntas de investigación:

¿Cuál es el diagnóstico clínico e histopatológico de las lesiones raras de la mucosa oral en un niño de 15 años procedente de una comunidad rural de Chinandega?

¿Cuáles son las indicaciones terapéuticas de manejo clínico de la enfermedad?

¿Cómo es la respuesta del huésped al tratamiento recibido en el post-operatorio?

V. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Documentar los hallazgos clínicos de las lesiones orales raras y múltiples presentes en la mucosa oral de un niño de 15 años de edad procedente de una comunidad rural de la ciudad de Chinandega.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Inferir el diagnóstico clínico de las lesiones orales raras encontradas en la mucosa bucal del paciente.
2. Evidenciar alguna relación etiológica entre los exámenes auxiliares de diagnóstico y los hallazgos clínicos raros en la mucosa bucal.
3. Efectuar el manejo clínico en las lesiones, observando las reacciones del epitelio-huésped al medicamento seleccionado.

VI. MARCO TEORICO

EPIDEMIOLOGIA

En la literatura se informa que es una enfermedad que se presenta en niños en edad escolar, pero los autores proponen un margen entre los 3 y 18 años de edad.^{1,3,5} Se ha visto que tiene cierta predilección por el sexo femenino.^{3,5,15} Aunque otros autores describen que no hay tendencia por género.^{11,12,13,17}

Esta entidad de la mucosa bucal se ha visto en pacientes procedentes de etnias o grupos raciales como los esquimales de Alaska y Groenlandia, aunque se han descrito algunos casos en países americanos como en: indios caramatas y katis de Colombia, comunidades indígenas rurales del Perú, mayas y mestizos de México, Estados Unidos, indígenas de Guatemala, región amazónica del Brasil, Venezuela, ladinos de El Salvador, .^{1,6,8,10,12,19}

Algunos autores hacen mención de la presentación de la enfermedad en pacientes caucásicos de países de Europa Occidental y Asia, entre ellos Italia e Israel.^{8,10}

Autores como De la Teja et al¹⁷ y Cerón et al⁴⁹, refieren que no se conoce la prevalencia de la HEF en México. Es sorprendente que estos últimos autores solo encontraron 71 casos de 60,000 expedientes revisados en el Centro Dermatológico de Mérida, Yucatán en el periodo 2003-2009 y detallan que se trata de una enfermedad rara.

Su valor médico y odontológico radica en que se vuelve un problema de salud pública, debido que es considerada por los pacientes como un problema estético que afecta a la calidad de vida de las personas porque causa desfiguración estética, baja autoestima y rechazo social, haciendo que los que padecen esta enfermedad se aislen del resto de la población.^{7,9,15}

ETIOLOGÍA

La hiperplasia epitelial focal (HEF) o enfermedad de Heck, es una enfermedad rara y no se encontrado específicamente un agente causal que lo provoque; sin embargo, se ha asociado a los subtipos 13 y 32 del Virus del Papiloma Humano (VPH), ^{2,3,5,7,8,9,12,14,19,20} aunque también se han descrito reacciones cruzadas con los subtipos 6, 11 y 18.⁴

La detección del ADN viral en el tejido comprometido mediante técnica de hibridación y reacción de cadena de la polimerasa, así como la presencia de elementos virales en los queratinocitos balonizantes bajo microscopia electrónica confirman su relación etiológica.^{8,11,15,16}

Regezi-Sciubba proponen además como factores etiológicos, desde la irritación local de bajo grado hasta el déficit de vitaminas.²

MECANISMOS PATOGENICOS

Aunque la patogenia es desconocida, Flaitz y Pindborg proponen que los factores del huésped, tales como el sistema inmunológico, malnutrición, mala higiene bucal, condiciones socioeconómicas bajas o extrema pobreza favorecen su aparición^{7,9} así mismo, los factores genéticos son muy importantes en la patogénesis de esta entidad.^{4,6,8,11,14,15}

Alteraciones del sistema inmunológico:

Es probable que en los casos de HEF exista una anomalía inmunológica específica para los VPH productores de la enfermedad. El hecho de que la mayor población afectada sea la infantil no tiene una explicación concreta, si bien es posible que el menor desarrollo inmunológico en los niños esté relacionado con la aparición de las lesiones, y el posterior desarrollo del mismo sea el responsable del paulatino desvanecimiento hasta casi su desaparición en la vida adulta.

Se han descrito casos en pacientes portadores de VIH+, los que siguen una evolución clínica similar a los observados en los inmunocompetentes y se asocian con los mismos VPH; aún está por aclarar si la aparición de hiperplasia epitelial focal es por la inmunodeficiencia o por la mayor tendencia a las infecciones por VPH, en especial el subtipo 32.

Se ha mencionado una posible alteración inmunológica en los casos de aparición de HEF en pacientes con glomerulonefritis crónica, colitis ulcerosa y artritis reumatoidea que estaban en tratamiento con inmunosupresores.

Malnutrición:

Según lo encontrado por Polanco en su estudio³⁴, el estado de desnutrición en los niños escolares guatemaltecos, especialmente los niños y niñas de descendencia indígena, provoca que se debilite su sistema inmunológico, determinando la desnutrición como uno de los factores de riesgo que contribuye a la manifestación biológica de la Hiperplasia Multifocal del Epitelio.

De la misma manera, los niños escolares guatemaltecos entre los 6 y 9 años de edad, son más propensos a presentar la lesión, debido a que, en esas edades, el sistema inmunológico aún no ha sido totalmente consolidado³⁴.

Mala higiene oral:

Según la Organización Mundial de la Salud, los factores de riesgo para el padecimiento de enfermedades bucodentales, entre otros, son la mala alimentación, el tabaquismo, el consumo nocivo de alcohol y la falta de higiene bucodental, aunque existen también diversos determinantes sociales.³⁶

La salud bucodental, fundamental para gozar de una buena salud y una buena calidad de vida, se puede definir como la ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales, caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la

persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial.³⁶

Condiciones socioeconómicas bajas o extrema pobreza:

Según Polanco³⁴, en los niños de Guatemala existe una estrecha correlación entre la pobreza, la infancia y la desnutrición, ya que de 100 niños menores de 5 años el 72% padecen de desnutrición aguda, siendo mayor en las áreas rurales y marginales de Guatemala; según lo investigado por la autora, esto es un reflejo de las precarias condiciones en que vive la población guatemalteca, especialmente las familias en el área rural, el que no les permite tener acceso a mejores condiciones de vida, y que uno de los principales factores que los afecta, son las precarias condiciones en que se desenvuelven las madres indígenas rurales.

Así también, Polanco encontró que el poco o nulo acceso a los servicios básicos, el hacinamiento de las familias y el grave déficit de ingresos familiares representaba un factor de riesgo mayor para que los niños estudiados adquirieran la hiperplasia epitelial focal en comparación a niños con condiciones socioeconómicas mayores.³⁴

Irritación crónica de la mucosa oral

Así también se ha reportado la irritación crónica de la mucosa oral causada por fumar o corrientes galvánicas y deficiencia de vitamina A se han asociado a la HEF.^{11,12,14,15}

Déficit de Vitamina A

Por medio de su actividad directa sobre la expresión de ciertos genes, la vitamina A actúa sobre la diferenciación celular y tisular. Su carencia se manifiesta, entre otras, con xeroftalmia, xerostomía y aumento de susceptibilidad a las infecciones en piel y mucosas.³⁷

Su relación con la expresión clínica de la Hiperplasia Epitelial Focal, se debe a que crea un nicho propicio para la diferenciación tisular de genes como los involucrados en la aparición de la enfermedad.³⁷

Virus de Inmunodeficiencia Humana

En adultos hay casos asociados a virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), más aún cuando se desencadenan otras entidades del VPH.¹⁰

Factores genéticos

Se cree que existe una predisposición genética para padecer esta enfermedad, ya que se ha visto una clara historia familiar^{9,11,19,20} y una asociación con determinados Antígenos Leucocitarios Humanos (HLA).^{3,6,8,10}

Carrillo et al, encontró que el complejo mayor de histocompatibilidad responsable de la susceptibilidad o resistencia poblacional a patología específicas ha sido estudiado para esta patología en pacientes mexicanos, en que se determinó que el alelo HLADR4 está asociado a la presencia de la Hiperplasia Epitelial Focal.¹²

MECANISMOS DE TRANSMISION

Dentro del mecanismo de transmisión es incierto¹³ y no necesariamente adquirido por contacto sexual; en su lugar, el contacto doméstico/ambiental puede ser la principal fuente de infección.^{10,15}

La transmisión a nivel del hogar por uso común de objetos como platos, vasos, tazas, cepillo de dientes, toallas de baño, etc, ha sido sugerida por varios autores, aunque hasta el momento no se ha demostrado científicamente.^{11,12}

La mayoría de los pacientes son de presentación esporádica, se han documentado 2 ó 3 miembros afectados en una misma familia, lo que supone una transmisión

vertical o con mayor probabilidad una peculiar predisposición hereditaria autosómica recesiva.^{8,19,20}

PRESENTACIÓN CLÍNICA

Localización clínica:

En las mucosas de los labios^{19,20} con más frecuencia en el inferior,^{4,7,9,10} carrillos en la línea de oclusión^{6,7}, lengua en sus bordes laterales⁷ y en su cara ventral^{19,20} y con menos frecuencia en encías.^{4,10,13} No afecta el piso de la boca ni la orofaringe.^{6,9,13}

Color:

Las lesiones pueden ser del mismo color de la mucosa adyacente o blanquecinas cuando se localizan en sitios de traumatismo oclusivo.^{1,2,3,10,13,19,20}

Forma:



Se caracteriza por lesiones redondeadas u ovales, papulares múltiples.^{4,9,10,11,13,14,15,19,20} o de molleja.⁷

Figura No.1. Múltiples lesiones en el vestíbulo anteroinferior y carrillo derecho.

Base:

Pueden ser sésiles cuando confluyen^{5,12,21} o pediculares cuando son solitarias.¹

Una lesión de base sésil es amplia y extendida en la mucosa, en cambio una lesión con base pedicular es reducida hasta parecer formar un hilo carnoso.



Figura No.2. Lesiones de base sésil en la mucosa del labio superior.

Tamaño:



Miden entre 1 y 5 mm y algunas se agrupan formando placas de diámetros extensos en la mucosa dando un aspecto de empedrado.
5,7,9,10,11,12

Figura No.3. Lesiones en el borde lateral derecho de la lengua.

Superficie:

Puede tener aspecto liso o rugoso.^{1,2,3,4,5,6,9,19,20,21} No erosionadas ni sangrantes.⁷



Figura No.4. Lesiones en vestíbulo anteroinferior y carrillo izquierdo.

Curso:

Es de crecimiento lento debido a su evolución benigna en el epitelio.^{4,10} Las lesiones pueden progresar, remitir espontáneamente en meses o pocos años o permanecer sin modificaciones, aunque es difícil verlas en el adulto.^{1,10,15} Y no malignizan.^{4,12,19}

Propiedad característica:

Cuando el clínico estira los tejidos afectados las lesiones tienden a desaparecer y cuando se vuelven los tejidos a su normalidad se logran observar de nuevo las lesiones, a esto se le conoce como resiliencia.^{4,11}



Figura No.5 Se observa la resiliencia de las lesiones en vestíbulo anterosuperior.

Sintomatología:



Son asintomáticas, pero pueden presentar molestias cuando en la masticación los pacientes se muerden los carrillos y se detectan en exámenes de rutina o cuando el paciente se siente con la lengua las protuberancias.^{1,2,21}

Figura No.6. Lesiones en el borde comisural.

REPORTE HISTOPATOLOGICO

Hiperplasia epitelial, elongación y anastomosis de las crestas interpapilares, con paraqueratosis, acantosis focal, coilocitos y figuras mitosoidales en queratinocitos superficiales, estas últimas son las que diferencian la HEF del papiloma, verruga vulgar y condilomas.^{13,15,19,20,21}

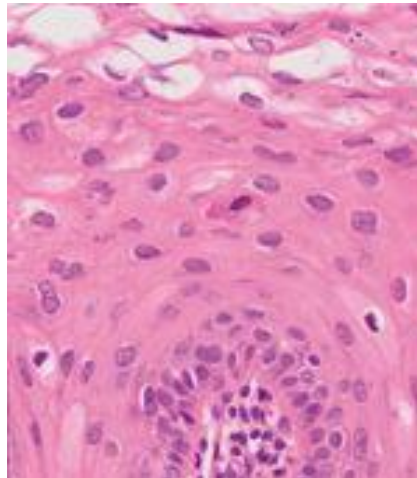


Figura No.7. Corte histológico donde se observan coilocitos y figuras mitosoidales en queratinocitos superficiales. Hematoxilina-eosina, $\times 400$. Tomado de: Vera I, García M, Sánchez P, Romero G, Cortina de la Calle P. Hiperplasia epitelial focal. *Actas Dermosifiliogr* 2007; 98(9):621-623.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

En el diagnóstico diferencial habría que considerar múltiples patologías de la cavidad oral, fundamentalmente las de apariencia papilomatosa o condilomatosa: 3,6,19

CONDILOMA ACUMINADO BUCAL

Está inducido por los virus del papiloma humanos tipo 6, 11 y 42 y se contagia por contacto orogenital. Según Ceccotti, en los niños las lesiones pueden desarrollarse por contacto manual con lesiones no genitales.^{2,39}

Una característica común en los sitios que aparece es presentar una superficie tibia y húmeda de epitelio escamoso. Puede aparecer en el paladar y cara dorsal de la lengua.^{2,15}

Clínicamente se presenta como una agrupación de nódulos simples, de color rosado que posteriormente crecen y confluyen, se desarrollan una masa papilar exofítica, blanda que pueden tener una base pedunculada o sésil, y puede estar o no queratinizado. ^{2,15,22}

Las lesiones aparecen luego de uno a tres meses del contacto sexual orogenital con una persona infectada. Las anomalías a veces son extensivas, pero en general suelen ser autolimitantes.²

VERRUGA VULGAR BUCAL:

Las Verrugas Vulgares bucales generalmente son inducidas por el Virus del Papiloma Humano subtipos 1, 2 y 4, aparecen en niños en edad escolar, jóvenes y adultos y se hallan en manos y dedos. ^{15,22}

Su prevalencia es igual en hombres y mujeres. Se presenta como una lesión asintomática y que puede alcanzar 5 a 6 mm.⁴⁸

Pueden aparecer de forma solitaria o múltiple en labios, mucosa oral, paladar duro, dorso de la lengua y encía, probablemente del contacto con los dedos de la mano.
15,22

Las lesiones al crecer suelen ser exofíticas con superficie blanquizca y proyecciones verrugosas anguladas con base sésil menor de 1 cm. 2, 22,23

Suelen observarse en pacientes con un sistema inmunológico comprometido o debilitado.²²

PAPILOMATOSIS ORAL FLORIDA

Es una rara afectación de la cavidad oral y labios que consiste en la formación de múltiples crecimientos verruciformes y papilomatosos que confluyen formando placas y vegetaciones.²⁴

Se presenta más frecuentemente en varones de entre 60 y 70 años. El tabaco se muestra como el factor de mayor importancia, y algunos estudios han demostrado que la costumbre de masticar tabaco se relaciona con el proceso de forma significativa. El consumo importante de alcohol, la mala higiene bucal, los traumatismos o irritantes crónicos y/o las situaciones de inmunosupresión también se han visto implicadas en su etiología.²⁴

Es considerada como una variante de bajo grado de malignidad del carcinoma verrucoso de mucosa oral, y los serotipos detectados han sido el 6, 11 y 16 del VPH.
24

ENFERMEDAD DE DARIER-WHITE

La enfermedad de Darier-White es un trastorno autosómico dominante que sigue, por lo general, un curso crónico con exacerbaciones y remisiones. Se caracteriza por alteración de la queratinización de la epidermis, uñas y mucosas. Las lesiones

pueden iniciar en la infancia, pero se hacen evidentes en el segundo y tercer decenios de vida. ^{25,26}

En la región yugal y palatina suelen detectarse micropápulas blanquecinas, leucoplasiformes con una fóvea central, dando la apariencia de papel de arena. Cuando crecen forman placas. Se han observado en pacientes con infecciones microbianas y virales. ^{25,26}

ENFERMEDAD DE CROHN (ENTERITIS REGIONAL O ILEOCOLITIS GRANAULOMATOSA)

Es una entidad crónica, recidivante, de etiología y patogenia desconocida, que afecta desde la boca hasta el ano, con preferencia la región ileal, y abarca todas las capas de la pared intestinal, con presencia o no de granulomas no caseosos. ^{27,31}

La incidencia de la enfermedad de Crohn oral es del 6 al 20 %, lo cual está muy relacionado con la actividad y el tiempo de evolución de la enfermedad. Se presenta con mayor frecuencia en pacientes jóvenes entre los 14 y 24 años, con una edad promedio de 22 años. ^{27,31}

En los pacientes con esta enfermedad, la estomatitis aftosa recurrente se presenta con una incidencia entre 10 y 20 %, incluso puede ser la lesión inicial sin otros síntomas intestinales. Se caracteriza por la presencia de aftas pequeñas, circulares, lineales (0,3- 0,5 cm de diámetro), cubiertas por una membrana blanquecina, de bordes enrojecidos, poco dolorosos, única o múltiples, localizadas preferentemente en las encías, los labios, el paladar blando o la úvula. Estas lesiones pueden cicatrizar y deformar la mucosa, dando imagen de empedrado de la cavidad bucal. ²⁷

La etiopatogenia de las lesiones de Crohn oral es desconocida; se señala que estas surgen como resultado de una respuesta inmunológica exagerada de la mucosa, que resulta inapropiada para determinados agentes luminales. ²⁷

En menos del 10 % de los casos con lesiones de Crohn oral, se presentan granulomas no caseosos acompañados de un intenso infiltrado de linfocitos, plasmocitos e histiocitos en la submucosa.²⁷

PIOESTOMATITIS VEGETANTE

Esta forma pustular benigna crónica de enfermedad mucocutánea se relaciona muy a menudo con enfermedad inflamatoria intestinal. En dos de los tres primeros pacientes con enfermedad bucal las lesiones se confinaron a la mucosa bucal.

Es de causa desconocida, aunque guarda relación con la colitis ulcerativa, colitis espástica, diarrea crónica y enfermedad de Crohn. Más del 25% de los casos no se relaciona con trastornos digestivos.

Clínicamente en la evolución inicial de las lesiones, la mucosa bucal se presenta eritematosa y edematizada con hendiduras en los pliegues profundos. Sobre la superficie de la mucosa friable se observan un gran número de pústulas pequeñas de color amarillo que oscilan de 2 a 3 mm de diámetro con pequeñas prolongaciones papilares vegetantes. Aunque las proyecciones pequeñas son rojas a rojizo-rosadas. Las lesiones son indoloras.⁴⁶

Los sitios predilectos incluyen a la encía, paladar duro y blando, mucosa bucal y labial, bordes lateral y ventral de la lengua y piso de la boca.

Los hombres son afectados en una proporción 2:1 respecto a las mujeres, con un intervalo de edad entre los 21 a 60 años, con una edad promedio de 34 años.

En los exámenes de laboratorio se encuentran en los rangos normales, aunque en muchos individuos pueden presentar eosinofilia periférica o anemia.²

SINDROME DE COWDEN

El síndrome de Cowden es también conocido como síndrome de hamartomas múltiples o síndrome neoplásico, es una enfermedad hereditaria autosómica

dominante, extremadamente rara, que se caracteriza por la presencia de lesiones mucocutáneas características y diagnósticas de tipo hamartomatoso, viscerales y la formación de neoplasias malignas, fundamentalmente mamarias y tiroideas, en la edad adulta.^{28,29}

Afecta por igual a ambos sexos y se manifiesta en la segunda o tercera década de la vida. ²⁸

Su etiología es desconocida, aunque desde se le relaciona con la presencia de alteraciones en el gen llamado PTEN en el brazo largo del cromosoma 10, que actúa normalmente como gen supresor tumoral y que en ocasiones se encuentra mutado en tumores de mama, próstata y cerebro. ²⁸

Clínicamente se reconoce por la presencia de lesiones mucocutáneas típicas, que aparecen en el 80% de los pacientes, siendo la de mayor interés para el diagnóstico los llamados triquilemomas o tricolemomas (lesiones múltiples que corresponde a tumores benignos del folículo piloso), que se manifiestan como pápulas faciales, de color piel, parecidas a verrugas, y se agrupan especialmente alrededor de boca, nariz o pabellones auriculares. ^{28,29}

En la cavidad oral se manifiestan como fibromas orales presentándose como pápulas lisas rosado-blanquecinas en las mucosas que cuando se agrupan dan lugar a una imagen típica en empedrado. También se ha visto paladar ojival y xerostomía. Se han visto pacientes con labios coarrugados, lengua de aspecto de pera por las múltiples pápulas sobre su cara dorsal y también lesiones fibrosas múltiples en rebordes edéntulos. ^{28,29}

NEUROMA MUCOSO

Es el rasgo más característico de la Neoplasia endocrina múltiple tipo 2B, por lo que también es conocido como síndrome de neuromas mucosos. Casi todos los pacientes con NEM tipo 2B desarrollan neuromas mucosos múltiples.³⁸

Las lesiones se ubican en la región centrofacial, principalmente en el tercio anterior de la lengua, mucosa labial, mucosa oral, nasal, conjuntival, palpebral y además en todo el tubo digestivo.

Dentro de otras características que los pacientes presentan se pueden mencionar a la neuropatía periférica, hiperhidrosis facial y caries dentales extensas.

Según Ceccotti los labios suelen estar agrandados o de apariencia engrosada por la presencia de múltiples neuromas, con mayor prominencia en la porción central del labio superior.³⁹

NEVUS BLANCO ESPONJOSO

Es una rara condición autosómica dominante. Clínicamente se caracteriza por la presencia de placas blancas bilaterales en la mucosa bucal, de aspecto esponjoso, blandas a la palpación, pueden descamarse y de superficie arrugada. De forma menos frecuente puede envolver la mucosa nasal, esofágica, rectal y vulvo-vaginal.⁴⁰

Esta patología no muestra predilección por género; se manifiesta generalmente en la primera década de vida, y como el grado de penetración es irregular, los relatos familiares no son comunes.⁴⁰

LIQUEN PLANO ORAL

Según Reggezi², es una enfermedad mucocutánea crónica relativamente común y de causa desconocida. Considerado como un proceso mediado por vía inmunológica. Afecta a hombres y a mujeres en igual proporción. Los niños rara vez son atacados. La aparición se ha visto relacionada al grado de estrés de las personas.

Clínicamente se manifiesta con formas reticulares o atrófico-erosivas y potencialmente puede afectar a la piel, anejos cutáneos y mucosas, siendo

frecuente que las lesiones bucales precedan a las cutáneas o que sea única la localización intraoral.^{2,39,41}

Desde el punto de vista clínico se trata de una afectación mucocutánea que puede manifestarse en cuero cabelludo, piel, uñas y mucosas.^{2,39,41}

El patrón clínico característico en la mucosa bucal, es la presencia de lesiones bilaterales más o menos simétricas y de líneas blanquecinas en el patrón reticular o lesiones atróficas en la variante atrófico-erosivo.^{2,39,41}

TRATAMIENTO

Casi toda la literatura consultada y estudios de muchos autores informan que cuando las lesiones son pequeñas tienden a la resolución espontánea en meses o pocos años. Sin embargo, según Cerón et al⁴⁹, la experiencia del personal médico del Centro Dermatológico de Mérida, Yucatán, ha constatado que no siempre es así, ya que los pacientes acuden por tener molestias al comer o incomodidad estética. Por consiguiente, De la Teja et al⁴, hace referencia a que el tratamiento para esta entidad clínica es difícil.

Sin embargo, posterior a la revisión de literatura, se encontró excelentes alternativas de tratamientos paliativos que buscan confort en el paciente y seguridad al comunicarse, de los que se pueden mencionar: la excisión quirúrgica en las lesiones pequeñas, la ablación con láser CO₂, la aplicación tópica de resina de podofilina 40%, ácido Tricloroacético (ATA) 80%, interferón, imiquimod 5% (Virosupril 5%), Criocirugía y vitamina E.^{3,4,6,10,11,13,15,21} Retinoides orales.^{7,11}

Excisión quirúrgica:

De acuerdo a González et al¹⁷, la excisión quirúrgica es un procedimiento convencional que se realiza con anestesia local mediante bisturí o tijera. Según Cerón et al⁴⁹, la remoción quirúrgica es adecuada cuando la presentación clínica de la HEF es de una o dos lesiones.

La cirugía convencional ofrece como ventaja la eliminación rápida de la lesión, con tasas de hasta un 90 %. Las tasas de recurrencia asociadas son de un 20 % aproximadamente.¹⁷

Algunos autores plantean que la cirugía está asociada con altas tasas de recurrencia, así como con la posibilidad de sangrado, cicatrices e infecciones bacterianas.¹⁷

Ablación con láser CO2:

La interacción láser-tejido es que la energía de la luz produce calor, y por lo tanto la temperatura del tejido irradiado aumenta. Dependiendo de los parámetros del instrumento y las propiedades ópticas del tejido, un aumento de temperatura producirá varios efectos. En general, la mayoría de las bacterias sin esporulación, incluyendo los anaerobios, son fácilmente desactivados en temperaturas de 50° C y se recomienda su uso en lesiones solitarias de gran dimensión.^{8,44}

La cirugía de supresión o incisión con láser sucede a los 100°C, donde la vaporización de interna y externa del agua celular causa ablación, o remoción de tejido biológico. Además, habrá disrupción de las paredes celulares patógenas a esta temperatura; entonces la cirugía láser está acompañada por una desinfección del sitio de cirugía. Si la temperatura del tejido es elevada por encima de los 200°C, habrá carbonización y necrosis del tejido irreversible.⁴⁴

La cirugía láser es efectuada con una acción de corte frontal, contrario a la mayoría de otros instrumentos dentales, los cuales son de corte lateral. Varios estudios han mostrado numerosos beneficios cuando los láseres son usados para procedimientos en tejido suave. Entre ellos está la reducción de patógenos en el campo quirúrgico, el cumplimiento de una buena hemostasia durante y después del tratamiento, y la necesidad menor de suturar.⁴⁴

Aplicación tópica de resina de podofilina 40%

La resina de podofilina se utiliza en tintura de Benjuí, está indicada para el tratamiento de lesiones producidas por el VPH en la vulva, región perineal, perianal y bucal. No se aplica en lesiones del cuello uterino por su potencial oncogénico, ni en la embarazada por su efecto teratogénico.³⁰

La podofilotoxina es una solución acuosa con poder antimicótico, su mecanismo de acción es por efecto inhibidor de metafase. Es conveniente aplicarlo sobre la lesión en forma cuidadosa y no extenderse a tejidos sanos, este se logra usando hisopos adecuados y cubriendo el tejido sano.³⁰

En el servicio de Dermatología del Hospital para el Niño del Estado de México, las lesiones por pequeñas o escasas por HEF, las manejan con Podofilina 25% efectuando aplicaciones quincenales o mensuales completando 4-5 sesiones hasta observar remisión.⁸

Aplicación tópica de Ácido Tricloroacético 80% (ATA)

Según Chanco⁶, el ATA fue creado en la década de 1830 y se utilizó en humanos por primera vez en 1926, está compuesto por carbono, cloro, oxígeno e hidrógeno y produce una desnaturalización, precipitación y destrucción de las lesiones por coagulación química del tejido afectado.^{17,18,19}

El ATA es usado en infecciones por el VPH en la vagina con buenos resultados. En la cavidad bucal algunos autores recomiendan su uso entre el 80%-90% con buenos resultados.^{6,17,30}

Benjamín Alba Ríos en su estudio realizado en Querétaro, México (2007) sobre el tratamiento de infección cervical por VPH con ATA en mujeres, encontró que la eficacia del ATA 85% en mujeres fue baja (42%) debido a que presentaban VPH de alto riesgo, pero constató las bondades del ácido como ser de aplicación fácil y conservar el epitelio vaginal.⁴⁷

El epitelio vaginal es plano estratificado no queratinizado, las capas más profundas son cuboides, las del medio poliédricas y las de la superficie son planas. Este epitelio es similar en algunos sectores de la cavidad oral como los carrillos, mucosa labial, piso de la boca, cara ventral de la lengua.¹⁹

En su aplicación se busca evitar el contacto con la mucosa sana porque las puede dañar. Según Harris et al¹⁹, el ácido se aplica sobre la lesión se deja secar por unos 50 segundos y una vez puesta blanca la pápula se neutraliza con bicarbonato de sodio para evitar que el ácido se propague a tejidos sanos.

González et al¹⁷ recomiendan su uso semanal. Aunque Pérez et al⁸ recomiendan su uso quincenal o mensual completando 4 a 5 sesiones.

Trujillo et al¹⁸, en un ensayo clínico compararon la eficacia del ATA solo y ATA combinado con Levamisol y encontraron que ya sea solo el ATA como combinado presentaron la misma eficacia clínica en pacientes con diagnóstico de Condiloma acuminado con un 60 a 65% de efecto terapéutico. Aunque también observaron que el Levamisol ejerce un excelente efecto inmunomodulador en las lesiones a mediano plazo.

Harris et al²¹, manejó clínicamente las lesiones por HEF en una niña de 7 años con alteraciones papulares de 7 meses de evolución, encontrando remisión completa de la patología mucosa después de 5 aplicaciones tópicas con el ATA 80%.

González et al¹⁷, en su estudio sobre el efecto de las lesiones producidas por el VPH en la cavidad oral encontró que al aplicar el ATA 80% en 10 pacientes con verruga vulgar y condiloma acuminado en una primera sesión se eliminaron las lesiones en el 40% de pacientes y en el restante pues se necesitaría una segunda Topicación para eliminarla, demostrando así la eficacia del ATA en lesiones pequeñas, pero requiriendo de más aplicaciones en lesiones extensas y agrandadas.

Cerón et al⁴⁹, reportan que de 70 pacientes con HEF atendidos en el Centro Dermatológico de Mérida, Yucatán, el 74.66% fueron manejados con ATA

aplicándolo de manera semanal hasta la disminución del tamaño y número de las lesiones, observándose éxito.

Interferón alfa 2 b intralesional

El interferón posee un efecto antiviral, antiproliferativo e inmunomodulador.^{30,37}

Según Litwak y Pueyo³⁷ en el Hospital Materno Infantil de San Isidro Buenos Aires, Argentina, su uso en el manejo y tratamiento de las verrugas vulgares les ha dado una respuesta terapéutica superior al 82%. Algo que las doctoras señalan en su artículo es que solo se elige una verruga. La inyección intralesional es cada 14 días con un máximo de 7 aplicaciones. Así mismo comunican que no hay recidivas un año posterior a la última aplicación.

Con las dosis usadas por estas doctoras de 300,000 UI en cada aplicación, en su experiencia de 23 años de uso, no han encontrado efectos adversos.

Imiquimod 5%

El imiquimod es un derivado imidazoquinolínico estimulante de la inmunidad celular al promover la liberación de citoquinas proinflamatorias en queratinocitos y leucocitos; se emplea con éxito en el manejo de queratosis actínicas, carcinoma basocelular superficial y condilomas acuminados genitoanales, entre otras dermatosis. Causa intenso ardor con eritema, erosiones y ulceración en el área tratada.⁸

El imiquimod no lesiona el tejido sano perilesional y puede aplicarse con facilidad por el propio paciente, sobre el área a tratar 3 veces a la semana antes de acostarse, permaneciendo la crema sobre el área afectada por un espacio de 6 a 8 horas y sin sobrepasar 16 semanas.³⁰

Vera-Iglesias et al³, atendieron a una joven de 17 años con HEF a la que manejaron con Imiquimod 5% orientando su uso 3 veces a la semana por 3 semanas sin obtener respuesta. La paciente no siguió asistiendo al programa de revisiones.

Criocirugía

Es la aplicación de nitrógeno líquido u óxido nítrico en la verruga, a través de un fino spray desde un cryojet, o congelando directamente la lesión con crio-sondas. El mecanismo de acción es la producción de una necrosis epidérmica y dérmica, junto a una trombosis de la microvasculatura dérmica. No tiene efectos sistémicos por lo tanto puede ser usado en el tratamiento.

El tratamiento recomendado es cada dos o tres semanas, y en cada sesión se utiliza una técnica de congelación -descongelación- congelación, hasta que aparezca un halo de congelación a unos pocos milímetros alrededor de la lesión. Pérez et al⁸ recomiendan el un congelamiento por mes de 4 a 6 sesiones.

Los efectos adversos del frío sobre los microvasos estimulan el rápido desarrollo de trombosis, estasis y necrosis isquémica. Estos cambios vasculares aumentan el efecto destructivo local. Además de estos dos efectos, la congelación de los tejidos constituye un fuerte estímulo antigénico, el cual es capaz de estimular una respuesta inmunológica específica contra los antígenos autólogos de los tejidos congelados (células malignas).

La duración de la congelación aconsejada hoy en día es la que el paciente pueda tolerar. Con la aplicación semanal puede llevar a la curación hasta en un 90% la desecación o cauterización eléctrica o láser.¹⁵

Vitamina E

La vitamina E (tocoferol) es el antioxidante liposoluble más importante, localizado en el medio hidrofóbico de las membranas biológicas, cuya principal función es actuar como antioxidante natural ya que reacciona con los radicales libres que se

generan en la fase lipídica, protegiendo a los lípidos de las membranas; además de desempeñar una función fisicoquímica en el ordenamiento de las membranas lipídicas, estabilizando las estructuras de membrana.⁵⁶

Stifano et al⁵⁵ mencionan que la Vitamina E puede consumirse en el curso de una inflamación, aparte de acción oxidativa, esta vitamina está implicada en el mantenimiento estructural y funcional de los tejidos epiteliales.

Algunos autores mencionan buena evolución con Vitamina E por vía oral en dosis de 200 a 400 UI al día.⁴⁵

Moret et al⁵⁷ mencionan que, para el tratamiento de las leucoplasias, incluso con displasia epitelial, se usa Vitamina E de 400 UI dos veces al día durante 24 semanas. La tolerancia al tratamiento fue excelente, aunque la respuesta clínica sólo fue favorable en el 46 % de los casos.

Blé-Castillo et al⁵⁸, informan que el consumo de altas dosis de Vitamina E podría atribuirse a su efecto de desplazar otros antioxidantes solubles en las grasas y romper el balance natural del sistema antioxidante. As mismo debido a sus propiedades anticoagulantes puede interferir con los mecanismos mediados por Vitamina K.

Clorhexidina 0.2%

Según Bascones et al⁵⁰ el mecanismo de acción de la Clorhexidina, consiste en que esta se une fuertemente a la membrana celular bacteriana, lo que a bajas concentraciones produce un aumento de la permeabilidad con filtración de los componentes intracelulares incluidos el potasio (efecto bacteriostático), en concentraciones más altas produce la precipitación del citoplasma bacteriano y muerte celular (efecto bactericida).

En la boca se absorbe rápidamente a las superficies, incluidos los dientes con placa dental, proteínas salivales y a la hidroxiapatita.

In vitro, tiene efectos antibacterianos y antifúngicos. Se recomienda su uso principalmente en una cavidad oral post-tratamiento periodontal.

No se ha descrito toxicidad sistémica por aplicación tópica o ingestión, ni hay evidencias de teratogenia en el modelo animal.

Su efecto adverso más común es la pigmentación marrón de los dientes, de algunos materiales de restauración y de las mucosas, sobre todo del dorso lingual.

En Odontología está indicada para gingivitis, periodontitis, cirugía periodontal y cualquier cirugía oral, alveolitis, estomatitis subprotésica, úlceras aftosas, debido a que es un buen complemento desinflamatorio.

Manzanilla con bicarbonato de sodio

La manzanilla es una de las plantas medicinales más populares y de mayor utilización en diversas afecciones, y dentro de sus indicaciones terapéuticas se pueden mencionar, su efecto anti-inflamatorio, antiséptico, y cicatrizante por vía tópica en piel y mucosa vaginal y oral.^{51,53}

No presenta efectos secundarios ni contraindicaciones. La infusión se ha usado en Odontología en procesos inflamatorios e infecciosos en forma de gel, colutorios y dentríficos.⁵²

Gaete et al⁵² en un ensayo clínico randomizado, en el que comparan grupos paralelos la efectividad de la manzanilla, clorhexidina 0.12% y un grupo placebo, en donde encontraron que el colutorio de extracto de manzanilla reduce la inflamación gingival.

El bicarbonato de sodio es una sustancia natural que se encuentra en el cuerpo humano. Posee un efecto inmediato, además de reducir la acidez salival y la colonización de las levaduras.

López, D⁵³ en su investigación sobre el bicarbonato de sodio, concluye que la dosis de la manzanilla para que actúe como anti-inflamatorio es de 10 a 15 gotas del

extracto de la manzanilla en 100 ml de agua y la dosis de bicarbonato sería de media cucharada, que al conjugarse estos dos elementos se vuelve un enjuague ideal para tratar la gingivitis.

Así en su estudio clínico aleatorizado doble ciego, López D⁵³ encontró un 86% de efectividad del enjuague de manzanilla más bicarbonato en comparación de un 83% de efectividad del enjuague de clorhexidina 0.12%, lo que demuestra las bondades anti-inflamatorias y anti-placa dental de estos colutorios.

González, V⁵⁴ en un estudio experimental sobre el efecto antimicrobiano de la infusión de manzanilla, encontró que la infusión tiene mayores efectos antimicrobianos en las primeras 6 horas de haberse expuesto a dos microorganismos causantes de inflamación gingival.

PRONÓSTICO

La HEF tiene tendencia a la regresión espontánea, pero la enfermedad persiste por 10 y hasta 30 años, lo que implica que los pacientes presenten lesiones durante todo el periodo de la niñez y la juventud, lo que genera problemas bucales y psicosociales como el rechazo.^{6,15,33}

VII. MATERIAL Y METODO

Tipo de estudio:

El presente estudio es epidemiológico descriptivo donde se presenta un reporte de caso.

Se consideró un reporte de caso, porque cumplía con los siguientes criterios:^{42,43}

1. Es una condición o enfermedad rara, infrecuente o poco comunicada en Nicaragua. Hasta el momento de la investigación no hay ningún caso publicado de Hiperplasia Epitelial Focal.
2. En la enfermedad estudiada se puede observar una asociación inesperada entre síntomas o signos infrecuentes, como no presentar molestias en el epitelio nuevo post-topicación.
3. A nivel odontológico crea un impacto esta enfermedad en la evolución de otra, por su asociación con el VPH.
4. Durante el tratamiento se observó una evolución inesperada en la recuperación epitelial de los tejidos.
5. Se efectuó un tratamiento nuevo con procedimientos únicos.
6. Se observó que el ATA 80% no causó ninguna reacción cáustica en el tejido sano.
7. Se observó una variación posicional o cuantitativa de estructuras orales, debido a una disminución sustancial de las lesiones posterior a la aplicación del ATA 80% y recuperación de la forma anatómica normal del epitelio.

Área de estudio:

El levantamiento de la información del presente caso clínico se hizo en la clínica multidisciplinaria de la Facultad de Odontología de la UNAN-León.

La clínica multidisciplinaria se encuentra ubicada en el 2do piso costado sur-oeste del edificio central del campus médico. En esta se brinda atención odontológica en las distintas especialidades a la población del occidente del país.

Unidad de análisis:

Corresponde al paciente con las lesiones orales.

Objeto de estudio:

Correspondió a 1 paciente atendido en las clínicas multidisciplinarias.

Fuente de la información:

Fue primaria debido a que los datos recolectados fueron expresados por el propio paciente y de su madre.

Instrumentos de recolección de la información:

Para el levantamiento de la información se tomaron en consideración los siguientes formatos:

1. **Consentimiento informado:** luego de una exhaustiva revisión bibliográfica, se tomó como referencia el consentimiento informado por escrito utilizado en la atención odontológica del paciente en la Maestría de Medicina Estomatológica de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela⁵⁹ y se adaptó de acuerdo al caso clínico y del tratamiento médico que se efectuaría, ya que no se cuenta con una ficha en la Facultad de Odontología de la UNAN-León.
2. **Historia clínica de la Facultad de Odontología:** este formato contiene 18 subacápites con el objetivo que obtener la información esencial y necesaria

del paciente a través de la anamnesis, examen físico general y clínico bucal, exámenes de laboratorio, diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento.

3. **Guía del proceso del diagnóstico en Patología Oral:** se elaboró este instrumento tomando como referencia la guía para la discusión de casos clínicos de Patología Oral de la Facultad de Odontología de la UNAN-León, se realizó una amplia revisión de literatura con el objetivo de presentar un documento guía, con el que el profesional será capaz de efectuar un proceso nada fácil en Odontoestomatología y de esta manera al obtener un certero diagnóstico presuntivo, le dará el manejo clínico pertinente y el seguimiento meritorio (Ver anexo No.4).
4. **Hoja de biopsia:** para esto se tomó en consideración el formato usado por el laboratorio de Histopatología Bucal de la Universidad Autónoma Metropolitana de México, debido a que los Departamentos de Medicina y Cirugía Oral de la Facultad de Odontología de la UNAN-León, no cuentan con un formato para envío de biopsias a estudio histopatológico y al notar esa necesidad, se realizó una adaptación para su uso por esta Escuela (Ver anexo No.4).
5. **Hojas de los exámenes de laboratorio:** se contó con los formatos en físico del Ministerio de Salud, para la obtención de los exámenes que se realizan en el Centro de Salud “Roberto Cortés”, y con el formato del Laboratorio Privado en el caso de los exámenes que no se hacían en la unidad asistencial antes mencionada.
6. **Fotografías clínicas durante el proceso del diagnóstico y tratamiento de las lesiones orales:** las fotografías en todos los momentos fueron tomadas con teléfono celular Samsung 7.

Procedimientos para la recolección de la información:

Para llevar a efecto la recolección de toda la información concerniente al paciente y a las entidades clínicas de la mucosa oral que éste presentaba, se utilizó la historia clínica en formato físico de la Facultad de Odontología de la UNAN-León.

Antes de iniciar el levantamiento de datos propiamente dicho, se le explicó a la madre del menor y al mismo paciente, que por ser una Escuela de formación de Cirujanos Dentistas, junto con el docente y autor del presente estudio, Dr. Manuel Paz Betanco, podrían estar estudiantes con el objetivo que éstos últimos aprendieran los momentos claves del Proceso del Diagnóstico en Patología Oral y al mismo tiempo se le explicó de la importancia de la toma de decisiones individual de ella como madre del paciente, de acuerdo a sus preceptos o creencias sociales o religiosas y de estar de acuerdo con todo lo expresado se procedía a la firma del consentimiento informado por escrito, así como al llenado del expediente clínico, registro de fotografías clínicas, toma de biopsias en las lesiones y también efectuar el tratamiento oportuno, una vez se hubiese llegado al diagnóstico definitivo de las lesiones, que por ser de apariencia rara fueron sometidas a estudio.

Posteriormente a la aceptación del levantamiento de la información en el expediente clínico, se realizó el proceso del filtro de la información de acuerdo a la Propuesta de Guía del Proceso del Diagnóstico en Patología Oral, se hizo la decisión diagnóstica y se procedió a la toma de biopsia incisional en las lesiones en dos puntos: la primera superior el frenillo labial superior y la segunda cercana a la comisura labial inferior izquierda.

Las muestras tomadas fueron limpiadas de sangre y colocadas en solución de Formalina al 10% para ser mandadas a estudio histopatológico. Los datos de la apariencia clínica de las lesiones fueron debidamente anotados en el acápite III que contiene el formato de biopsias adaptado en la Propuesta de Guía para el proceso del Diagnóstico en Patología Oral (Ver anexo No.4) y fueron enviadas al Laboratorio de Patología del Hospital España de la Ciudad de Chinandega.

Una vez fue hecho el proceso del diagnóstico de las lesiones orales, se procedió al estudio minucioso y detallado de las terapéuticas de tratamiento, indicaciones, contraindicaciones, reacciones adversas, pautas de administración y experiencia clínica en estudios similares y se le presentó la información debidamente ordenada a la mamá del menor, quien decidió que el profesional a cargo llevara la terapéutica

de acuerdo a sus conveniencias económicas, para este fin se elaboró una tabla en el acápite IV de la Propuesta de Guía (Ver anexo No.4).

La madre del paciente eligió que a su hijo se le tratara con terapia de ácido tricloroacético al 80% más la aplicación tópica de Clorhexidina 0.2%, más enjuague natural de manzanilla con bicarbonato.

El tratamiento se llevó a cabo en fases o citas donde se recopiló toda la información concerniente a la evolución de la enfermedad. Así mismo, se hicieron controles post-operatorios al mes, tres y seis meses para observar si había crecimientos nuevos o si la mucosa oral se quedaría normal después de las intervenciones, estos se plasmaron en el acápite V de la Propuesta de Guía (Ver anexo No. 4).

De acuerdo a las variables epidemiológicas relacionadas a la aparición de la HEF encontradas en la revisión bibliográfica se decidió hacer una visita de campo a la casa del menor para observar las condiciones ambientales donde desarrolla su vida cotidiana, su casa, alrededores, hábitos, etc. Los datos recolectados se anotaron en la historia personal y social del expediente clínico.

Procesamiento y análisis de la información:

Para el procesamiento y análisis de la información, se utilizó el formato de la Propuesta de Guía del Proceso del diagnóstico en Patología Oral (Modificada para el Odontólogo General), que consiste en una serie metódica y ordenada de pasos, que se detallan a continuación (Ver anexo no.4):

1. Redacción del caso clínico.
2. Toma de fotografías clínicas.
3. Exámenes complementarios.
4. Emisión de los diagnósticos diferenciales.
5. Proceso de filtro de la información y toma de una decisión diagnóstica.
6. Elección del diagnóstico presuntivo de la enfermedad.
7. Toma de biopsia.
8. Realización del tratamiento.

9. Observación y comportamiento de la enfermedad en el trans y post-operatorio.

Consideraciones éticas:

Con el objetivo de proteger los derechos del paciente, se procedió de la siguiente manera:

Se le explicó de manera verbal a la madre del menor cada uno de los aspectos relacionados a la enfermedad y a los riesgos y beneficios del tratamiento a emplear. Una vez que tanto la mamá del paciente como él mismo conversaron y discutieron, se acercaron al clínico y refirieron haber aceptado la realización del estudio y de cada uno de los procedimientos y lo confirmaron firmando el documento por escrito.

De esta manera, se respetó la autonomía del paciente y también se dio efecto a la Ley General de Salud de Nicaragua, donde el paciente o su representante como en este caso, fueron informados de todos y cada uno de las características de la enfermedad, tratamiento, cuidados, etc y firmaron su consentimiento informado escrito.

Los datos son totalmente confidenciales y se les aseguró sigilo profesional.

VIII. RESULTADOS

Antes de iniciar cualquier intervención en este paciente, al observar las lesiones de una apariencia rara y escuchar la preocupación familiar del crecimiento en toda la mucosa oral, el aislamiento del menor de su grupo de clases y las subsecuentes revisiones médicas por varios especialistas, se procedió a informarle a la mamá del menor sobre la importancia que había sobre un estudio profundo de ese caso, para lo cual se le dio cita posterior al primer encuentro, con el objetivo de buscar en la literatura un consentimiento informado que contara con cada uno de los acápite pertinentes al caso, encontrando uno similar en el postgrado de Medicina Estomatológica de la Universidad Central de Venezuela.

Al analizar esta ficha de consentimiento informado se pudo notar que la información plasmada es de manera general y no de manera específica para cada caso en particular, por lo que se readaptó de acuerdo al caso (Ver anexo 2). La readaptación o mejora consistió principalmente en detallar en cada aspecto la información recolectada para informar de manera profesional y consiente a la mamá y al paciente.

Cabe señalar que es de suma importancia, que la Facultad de Odontología cuente con su propia ficha de consentimiento informado, debido a que hasta el momento no se cuenta con tal documento y los investigadores que realizan estudios, solo colocan una nota informativa o aclaratoria en la primera hoja de la ficha recolectora de datos, pero no como tal un consentimiento informado totalmente estructurado de acuerdo a los parámetros médico-legales establecidos.

Para este estudio, sin embargo, se consideró contar con tal respaldo para documentar los hallazgos de esta rara enfermedad.

Pasos que propone la guía para la discusión de casos clínicos de Patología Oral de la Facultad de Odontología de la UNAN-León:

1. Datos generales.
2. Historia clínica.
3. Exámenes complementarios.
4. Diagnósticos diferenciales.
5. Diagnóstico presuntivo.

En el presente estudio se llevaron a efecto, los pasos propuestos por el autor de esta investigación con una guía metódica diseñada de la siguiente manera (Ver anexo 4):

Guía para el Proceso del Diagnóstico en Patología Oral

- I. Aspectos generales.
- II. Proceso de filtro de la información y decisión diagnóstica.
- III. Orden de estudio histopatológico.
- IV. Propuesta de opciones terapéuticas de tratamiento al paciente o a su representante.
- V. Monitoreo operatorio y post-operatorio.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

HISTORIA CLINICA

I. DATOS GENERALES:

Paciente masculino de 15 años de edad, originario de la comunidad de Ranchería, Chinandega, estudiante de tercer año de secundaria; se presenta a la clínica multidisciplinaria referido por Odontología del Centro de Salud “Roberto Cortés” de la ciudad de Chinandega.

II. MOTIVO DE LA CONSULTA:

La mamá del adolescente lo trae a consulta porque relata que en la escuela los demás compañeros le hacen burla debido a unas pelotitas que le ven en los labios.

III. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL:

La madre del menor refiere que su hijo comenzó a sentir las elevaciones en la boca desde hace unos 15 meses atrás. La primera inició en el labio superior por arriba del frenillo labial donde el niño se sentía la pelotita, y actualmente se han extendido por toda la boca. No muestra ninguna sintomatología, lo único que incomoda al paciente es al hablar puesto que sus compañeros de clases no le quitan los ojos de la boca.

IV. HISTORIA BUCODENTAL:

La última vez que visitó a un dentista fue hace una semana, donde la dentista lo examinó y no le gustaron la forma y extensión de las pelotitas en la boca y por eso

lo remitió a la unidad de Patología Oral de la Facultad de Odontología de la UNAN-León.

No ha recibido ningún tratamiento dental, no cuenta con dientes perdidos, usa un cepillo dental de cerdas duras, hace la descripción de una técnica de cepillado de barrido, afirma cepillarse los dientes por la mañana antes de irse de clases y a veces por la noche antes de acostarse.

No usa ninguna ayuda auxiliar de higiene oral.

V. HISTORIA MEDICA ANTERIOR:

La madre del menor refiere que el joven nunca ha estado bajo cuidado médico.

En referencia a los últimos exámenes médicos realizados, no recuerda el nombre de ellos, pero porta en un folder los que le practicaron hace una semana en el Centro de Salud donde le identificaron las lesiones, así como también un examen que se le realizó al menor en un Laboratorio Clínico Privado.

Expresa que su hijo no toma ningún tipo de medicamentos.

La mamá refiere que cuando el niño tenía 6 años padecía frecuentemente de anemia y que posterior a esta edad casi cada año estaba con esta problemática, pero que a partir que cumplió los 12 años ya no le volvió a presentar el padecimiento. Manifiesta que lo trataba con hierro que le daban en el Centro de Salud, pero que también en casa le daba sopa de frijoles simple y también le dio rábano yodado. Actualmente no ha vuelto a padecer de anemia desde hace 3 años, por lo que ella considera que esta sano.

El adolescente no ha sido sometido a ningún tipo de cirugía.

La mamá no recuerda el nombre de todas las vacunas que le aplicaron cuando llevaba a su hijo a los controles, pero cree que le aplicaron todas.

VI. HISTORIA FAMILIAR:

El paciente vive en casa con su mamá y un hermano menor. La mamá afirma padecer de artritis en los miembros inferiores y el hermano menor no padece de ninguna enfermedad.

Relata la madre del paciente, que la abuela materna de éste padece de Hipertensión arterial y el abuelo materno murió de vejez. No sabe si los abuelos paternos padecen de alguna enfermedad porque su desde su separación con su expareja no volvió a frecuentar a sus suegros debido que cambiaron de lugar de habitación.

Dentro de la familia, el paciente tiene 6 tías y 2 tíos. De sus tías solo 1 padeció hace dos años de unas pelotitas en el labio inferior, que fueron cauterizadas en una clínica privada pero las otras son aparentemente sanas.

Un tío es alcohólico y el otro es completamente sano.

VII. HISTORIA PERSONAL Y SOCIAL:

El joven habita en una finca rural a 2 kilómetros de la entrada principal del poblado de Ranchería de la Ciudad de Chinandega. En esa circunscripción es propiedad de la abuela materna y en todo el espacio físico han construido sus casas todos sus tíos, por tanto, todos sus vecinos son su misma familia, es decir tíos y primos.

La casa donde vive con su mamá y su hermano está cerrada alrededor de plástico negro y tiene una minifalda de bloques y concreto. El techo es de zinc, el piso es de suelo. Solo tiene dos divisiones dentro de la vivienda, una que funciona como sala y otra que funciona como habitación, donde duermen los tres. Fuera de la casa hay un bajarete que funciona como cocina de fogón.

Dentro de los servicios básicos; solo cuentan con electricidad, no tienen agua potable y para su consumo utilizan agua de pozo pero que la filtran en una olla de barro donada por una Organización no gubernamental. Usan una letrina para hacer sus necesidades fisiológicas y las aguas producto del lavado de ropa y de los trastes las usan para regar el patio.

En la casa hay perros, crían gallinas y cerdos que los usan para su uso en la alimentación y para negociar.

Dentro de los pasatiempos personales del joven están que juega con sus primos futbol, salen a bañar al balneario de Campuzano y a veces van al campo a cazar garrobos.

La madre afirma que ellos pertenecen a la religión evangélica, por tanto, también van al culto, martes y viernes por la noche y los domingos por la mañana.

VIII. REVISION DE ORGANOS Y SISTEMAS:

Además de la queja principal, la mamá del paciente manifiesta que su hijo solo ha presentado dificultad al respirar por las noches cuando anda un cuadro activo de gripe con tos, pero que lo ha maneja con zepol frotándolo por las noches y le da pastillas de serafón.

IX. SIGNOS VITALES:

- Presión arterial: 110/70 mmHg.
- Pulso arterial: 60 pulsaciones X minuto.
- Frecuencia respiratoria: 16 ciclos X minuto.
- Temperatura: 36.5 grados Centígrados (Axilar).

X. EXAMENES DE LABORATORIO:

Dentro de los exámenes de laboratorio, se vio la necesidad de hacer todos los exámenes protocolarios correspondientes para tomar la muestra de tejido para biopsia y exámenes especiales para asociar o descartar el padecimiento actual con enfermedades sistémicas u oportunistas o también con enfermedades de transmisión sexual (Ver anexo 5).

a. Para efectuar la biopsia:

Examen	Indicación	Resultado	Valores Normales
TP	Valoración de la vía extrínseca de la Coagulación.	14"	13-17 segundos
TPT	Valoración de la vía intrínseca de la coagulación.	36"	24-36 segundos

b. Biopsia efectuada:

Tipo de biopsia	Indicación	Sitio de intervención quirúrgica
Excisional	Lesiones menores a 1 cm.	Labio superior, anterior al frenillo.
Incisional	Lesiones mayores a 1 cm.	Posterior al reborde retrocomisural.

c. Para valorar el estado inmunológico del paciente:

Examen	Indicación	Resultado	Valores Normales
Hematócrito	Valoración del estado inmunológico del paciente.	40%	34-45%
Hemoglobina	Valorar en conjunto con el Hematócrito si el paciente presenta anemia.	14 g/dL	12-14 g/Dl.

d. Para descartar o asociar con infecciones de transmisión sexual:

Examen	Indicación	Resultado	Valores Normales
VDRL	Evaluación de la presencia de la Sífilis.	No reactor.	No reactor.
ELISA	Valoración de la presencia del VIH en sangre.	Negativo.	Negativo.

XI. REVISION MEDICA:

El menor antes de ser remitido a Patología Oral de la Facultad de Odontología de la UNAN-León, ya había sido examinado por un médico del “Centro de Salud Roberto Cortés” de donde fue remitido. El médico examinó las partes íntimas del menor e informó ausencia de lesiones de aspecto verrucoso en el área ano-genital.

XII. ACTITUD EMOCIONAL:

El paciente es totalmente tímido y nada expresivo. No responde a las preguntas realizadas por el Odontólogo y también no relata la forma de actuar hacia su persona por parte de sus compañeros. Toda la información recolectada fue descrita por su madre.

XIII. EXAMEN FISICO DE CARA Y CUELLO:

Tomando en cuenta los medios auxiliares del diagnóstico como es la inspección, palpación, percusión y auscultación se procedió de la siguiente manera:

Se inspeccionó la cabeza en su conjunto de manera extraoral donde no se observan asimetrías faciales, ni edematizaciones.

Se realizó la palpación de la cadena ganglionar de Waldeyer desde los ganglios mastoideos dirigiéndose hacia los auriculares posteriores siguiendo la vuelta de los ganglios submandibulares, submentonianos hasta los supraclaviculares, en donde se encuentran de consistencia y apariencia normales.

Se llevó a cabo la auscultación de la Articulación Temporomandibular y no se escucharon chasquidos ni crepitaciones.

XIV. EXAMEN CLINICO BUCAL:

Labios:

En el labio superior se observa una lesión de aspecto de coliflor de unos 5 mm, de base pediculada por encima del frenillo labial superior y una agrupación aplanada por delante de las piezas 2.3 y 1.3 siempre en la mucosa labial.

En el labio inferior en la superficie mucosa se observan lesiones verrucosas aplanadas.

Región vestibular:

En la región vestibular se observó un amplio y extenso crecimiento de aspecto papilomatoso, dando la apariencia de elevaciones ovaladas, aplanadas y agrietadas en toda la mucosa del vestíbulo inferior hasta la porción mucosa del labio inferior extendiéndose en dirección distal y recta hasta por detrás de la comisura labial de cada lado, dirigiéndose hasta la zona retromolar posterior a las piezas 3.7 y 4.7 pasando por encima y por debajo de la línea alba y abarcando todo el carillo, desde la zona vestibular de las molares inferiores hasta la zona de los molares superiores.

Se buscó estirar las lesiones del labio y de la mucosa vestibular para ver si se traslucía el epitelio y resultó positivo.

Encía:

Se observaron lesiones de aspecto papilomatoso en la encía vestibular posterior a las piezas 3.7 y 4.7.

Dientes:

Todas las piezas dentales erupcionadas a excepción de las terceras molares. De color blanco amarillento generalizado. Se observa apiñamiento dentario en el sector anterosuperior. Así mismo se observa abundante biopelícula en los cuellos dentarios de los dientes superiores e inferiores.

Se observó abundante cálculo supragingival por lingual en los dientes anteroinferiores y en las molares. Por palatino se observó cálculo supragingival en las molares.

El paciente presentaba lesiones oscuras a nivel oclusal en las piezas 1.6, 2.7, 3.5, 3.6, 4.7, así mismo esta coloración fue observada a nivel mesial de las piezas 1.1 y 2.1.

Paladar duro:

De color, textura y apariencia normales: papila incisiva y rugas palatinas sin edematizaciones.

Paladar blando:

De color, textura y apariencia normales: pilares palatoglosos y palatofaríngeos, amígdala palatina, sin edematizaciones.

Orofaringe:

De color, textura y apariencia normales: úvula y faringe, sin edematizaciones.

Lengua:

En la lengua se observan lesiones en el borde lateral derecho y en la cara ventral.

Piso de la boca:

Es poco profundo, presenta color, textura y apariencia normales.

XV. RECONOCIMIENTO GENERAL DE LA CAVIDAD BUCAL:

El paciente presenta una higiene oral deficiente, hay abundante cálculo supragingival lingual a las piezas anteroinferiores y molares y a nivel palatino de los molares superiores. La salivación es regular.

XVI. DIAGNOSTICO:

Impresión diagnóstica:

Lesiones papilomatosas y condilomatosas a estudio.

Pasos para el proceso de filtro de la información y toma de decisión diagnóstica (Ver anexo 4).

Sobre el llenado de este filtro:

- Durante este proceso usted deberá contar con una amplia revisión bibliográfica.
- A la par de cada característica clínica, epidemiológica y radiográfica (si la lesión es ósea), marcar con un signo + (Positivo) o – (Negativo) en el diagnóstico diferencial.
- De no haber encontrado una característica del paciente en ninguno de sus diagnósticos diferenciales (de acuerdo a la literatura), deje en blanco ese espacio.
- Si el nombre de la enfermedad (Diagnóstico diferencial) no alcanza en el cuadro, lo puede anotar en abreviatura y luego las describe debajo del cuadro para su mejor comprensión.

Filtro de la información y decisión diagnóstica:

Características clínicas de las lesiones bucales del paciente:	CAB	VVB	HEF	POF	EDW	PEV	SC	EC	NM	NBE	LPO
15 años de edad	-	+	+	-	+	-	+	+		-	-
Sexo Masculino	-	-	+	+	-	+	-	-		-	-
Trasmisión ambiental	-	-	+	-	-	-	-	-			-
Lesión de apariencia benigna	+	+	+	-	-	+	+	+	+	+	-
Crecimiento Lento	-	-	+	+	-	+	+	+	+	+	+
Lesiones asintomáticas	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+
Lesiones resilentes	-	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-
Superficie rugosa	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Color similar a la mucosa adyacente	+	+	+	-	-	-	+	-	+	-	-
Volumen elevado.	+	+	+	+	+	+	+	+		+	-
Forma ovalada	-	-	+	+	-	+	-	+		-	-
Lesiones solitarias o múltiples	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Diámetro: 1 a 5 mm	+	+	+	+	+	+	-	+			-
Coalescencia Positiva	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-
Total de signos (+):	7	9	1 4	8	5	9	8	9	6	6	4

Descripción de las abreviaturas de los diagnósticos diferenciales contrastados con las características clínicas de las lesiones orales del paciente:

1. CAB: Condiloma acuminado bucal.
2. VVB: Verruga vulgar bucal.
3. HEF: Hiperplasia epitelial focal.
4. POF: Papilomatosis oral florida.
5. EDW: Enfermedad de Darier-White.
6. PEV: Pioestomatitis vegetante.
7. SC: Síndrome de Cowden.
8. EC: Enfermedad de Crohn.
9. NM: Neuroma mucoso.
10. NBE: Nevus blanco esponjoso.
11. LPO: Liquefación plana oral.

Diagnóstico Presuntivo (basado en una decisión diagnóstica):

Hiperplasia Epitelial Multifocal.

Diagnóstico Histopatológico:

Hiperplasia Epitelial Focal.

XVII. PRONOSTICO:

El pronóstico de las lesiones presentes en la mucosa bucal es dudoso o reservado debido a que el investigador no cuenta con experiencia en el manejo clínico de este tipo de lesiones, ni hay reportes de Odontólogos o Dermatólogos en Nicaragua sobre el tratamiento de estas lesiones bucales.

Se orienta a la madre del menor que se hará una revisión bibliográfica exhaustiva sobre el tratamiento realizado en lesiones parecidas a estas en investigaciones del extranjero, y que se le presentará cada uno de los métodos curativos y que ella tendrá que elegir el que más se acerque a sus preceptos morales o religiosos o económicos.

XVIII. PLAN DE TRATAMIENTO:

Fase de emergencia:

No aplica ninguna intervención debido a que las lesiones que presenta el paciente son asintomáticas y no reporta dolor ni molestias de ninguna índole.

Fase sistémica:

No aplica debido a que el paciente no presenta ninguna enfermedad sistémica.

Fase higiénica:

Se le enseñó al paciente la técnica de cepillado rotacional para la eliminación de la abundante biopelícula de los cuellos dentarios a nivel vestibular de todos los dientes.

Se logró la adaptación del paciente a la técnica de cepillado hasta en la sesión número 4, donde se obtuvo un control de placa del 12% según el índice de O`Leary.

Así también se eliminó el cálculo supra y subgingival de las piezas dentales involucradas.

En la última sesión se le realizó un pulido coronal.

Fase correctiva:

Posterior al filtro de la información y realizada la decisión diagnóstica de las lesiones, se le realizó al paciente la biopsia.

Se le tomó biopsia de dos sitios en la cavidad bucal:

1. Biopsia excisional en la lesión superior al frenillo labial superior.
2. Biopsia incisional en lesión cercana y por debajo a la comisura labial izquierda.

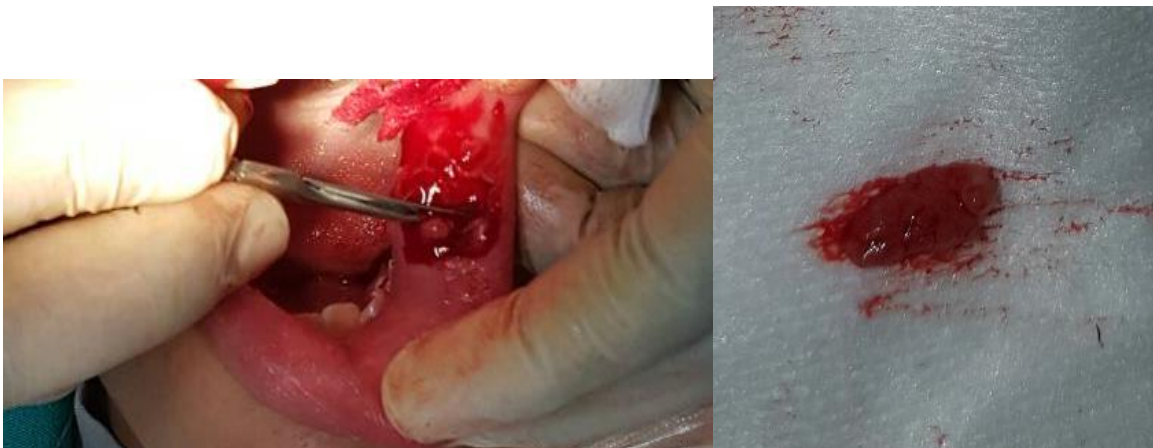


Figura No.8. Toma de biopsia y limpieza de la muestra.

Una vez que el Departamento de Patología del Hospital España de la ciudad de Chinandega enviara el resultado histopatológico con resultados positivo a nuestro diagnóstico clínico, se procedió a mostrar a la mamá del menor las alternativas terapéuticas disponibles en nuestro medio de acuerdo a la siguiente tabla:

Ficha de Propuestas de Opciones Terapéuticas de Tratamiento de: Hiperplasia Epitelial Focal. (Ver anexo 4)

Tratamiento disponible en el país.	Riesgos	Beneficios/Efectividad	Costo en córdobas
Resina de podofilina 40%	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ardor y quemazón en la mucosa sana descubierta.³⁰ ✓ Potencial oncogénico en el cuello uterino.³⁰ ✓ Efecto teratogénico en las embarazadas.³⁰ 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Poder antimicótico inhibidor de las lesiones en la metafase.³⁰ ✓ Éxito terapéutico alrededor del 80%.³⁰ 	C\$142
ATA 80%	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ardor y quemazón en la mucosa sana descubierta.²¹ 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Destruye las lesiones por coagulación química del tejido afectado.^{6,17,18,19} ✓ Éxito terapéutico alrededor del 80%.³⁰ 	C\$138
Imiquimod 5% (Virosupril)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Causa intenso ardor con eritema, 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estimula la inmunidad celular.⁸ ✓ No lesiona el tejido sano perilesional.^{8,30} 	C\$1,500

	erosiones y ulceración en el área tratada. ⁸		
Vitamina E 400 UI	✓ A dosis altas puede interferir en el mecanismo de la vitamina K.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Antioxidante natural que ayuda en el mantenimiento estructural y funcional de los tejidos epitealiales. ✓ Respuesta favorable 46% de los casos. ✓ Excelente tolerancia. 	C\$ 2.5 cada una.
Clorhexidina 0.2% Gel	✓ Pigmentación marrón de los dientes, de algunos materiales de restauración y de las mucosas, sobre todo del dorso lingual.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Antibacteriano con bondades bacteriostáticas y bactericidas. ✓ Anti-fúngico. ✓ Buen complemento desinflamatorio. ✓ Efectividad en más del 80%. 	C\$194
Enjuague combinado de: Manzanilla + Bicarbonato.	✓ No se ha reportado ningún efecto adverso.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Anti-inflamatorio. ✓ Antiséptico. ✓ Cicatrizante. ✓ Efectividad en más del 80%. 	C\$6

Tratamiento elegido por el paciente:

Una vez que se le explicó la tabla anterior a la mamá del menor, se le dejó un momento a solas con su hijo para que tomaran una decisión en cuanto al tratamiento que mejor les podía resolver la situación y posteriormente se le preguntó por la decisión tomada, a lo que comunico al autor de este estudio, que lo tratara con la opción que consistía aplicación tópica de ATA 80%-Enjuagues de manzanilla con bicarbonato-aplicación tópica de clorhexidina 0.2%.

Teniendo en cuenta que de acuerdo a la literatura¹⁹ el epitelio vaginal y bucal tienen las mismas características histológicas y el virus que afecta a ambas mucosas es el mismo (VPH) se implementó en este caso, la terapéutica con ATA, por ser de bajo costo y debido a que se encontró con más facilidad en el medio farmacéutico.

REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO:

Se inició tratamiento con ATA al 80% sobre las lesiones previamente identificadas y se apreció la disminución del número y tamaño de las lesiones. Se orienta que al desprenderse la zona mucosa tratada con ATA 80% se haga enjuagues de manzanilla con bicarbonato y también se orienta la colocación tópica de Clorhexidina al 2% en gel y se realiza control del proceso de curación.

Topicación No.1, 2, 3, 4, y 5 con ATA 80%:

1. Se procedió a darle 5 ml de enjuague de Clorhexidina 2% al paciente para que hiciera buches en toda la cavidad oral por un minuto, con el objetivo de bajar el nivel microbiano de la cavidad oral.
2. Posteriormente con una gasa prefabricada de 5x5 cm previamente esterilizada, se procedió a secar la superficie mucosa correspondiente al vestíbulo anterior superior e inferior y carillo derecho e izquierdo, y se dejó otra gasa estéril para terminar de absorber cualquier líquido remanente.
3. Con un hisopo estéril se procedió a colocar directamente sobre cada lesión el ATA 80% y se observó que inmediatamente se cubrieron de un color blanco lechoso.

4. Posteriormente para evitar derrame del ATA 80% a sitios vecinos y quemadura se procedía a la neutralización del Ph del ácido con una combinación elaborada previamente de agua destilada con bicarbonato de sodio, colocadas en un atomizador de botella y se realizaba 3 puff sobre el sitio intervenido y de ésta manera evitar afectar tejidos adyacentes.
5. Luego, se repetía el procedimiento en las lesiones donde se observaba un poco coloración del ATA 80% con el objetivo de contar con un mismo proceso de eliminación de las lesiones y cicatrizaciones de las mismas.
6. Una vez concluido el procedimiento, se procedió a proporcionarle al paciente 5 ml de solución salina para hacer enjuague y con esto proporcionar un restablecimiento del equilibrio salival, debido a que la mucosa se mantuvo durante todo el procedimiento completamente seca y al paciente con eyector de saliva para evitar ahogamiento por agua en la zona del istmo de las fauces.
7. Se le orientó a la mamá del menor que en un trayecto de 7 días se le podía desprender lo blanquecino de la mucosa bucal y que inmediatamente debía aplicar Clorhexidina gel 2% sobre la mucosa descubierta. Posteriormente a la aplicación del gel, se le dijo que el paciente no podía tomar ningún tipo de líquidos con el objetivo que la crema con adhesividad mucosa hiciera sus efectos.



Figura No.9. Coloración blanquecina del epitelio bucal inmediata a la aplicación de ATA 80%.

Para las zonas afectadas en la lengua y zona retromolar gingival, se realizó el mismo procedimiento de topicaciones, lo que varió fue el número de las aplicaciones de ATA 80%:

- ✓ **Topicación No.1, 2 y 3 en borde lateral derecho y cara ventral de la lengua.**
- ✓ **Topicación No. 1 y 2 en zona retromolar gingival vestibular.**

EXPERIENCIA EN LAS TOPICACIONES:

A. En vestíbulo y carrillos:

A los 4 días de haber hecho la Topicación No.1 la mamá del paciente llamó afirmando que todo lo blanquecino de las lesiones se habían desprendido junto con lo que ella describió como grueso y carnoso, por lo que desde ese momento se le recordó el uso cada 8 horas de Clorhexidina 0.2% en gel aplicándola sobre la mucosa donde se desprendió el epitelio y haciendo énfasis en no tomar líquidos durante media hora desde la aplicación del gel, con el objetivo que éste hiciera sus efectos de acuerdo a la casa fabricante.

Luego de la Topicación No.2 el desprendimiento de las superficies intervenidas se desprendía 24 horas posteriores.

En la evaluación clínica antes de efectuar cada una de las Topicaciones, se encontró que las elevaciones de la mucosa estaban disminuyendo tanto en tamaño como en grosor y en la inspección se observaba con menos apariencia de empedrado y a la palpación se sentía un epitelio adelgazado, por lo que se le orientó a la mamá y al niño continuar usando la Clorhexidina 0.2% esta vez en enjuagues haciendo colutorios por 2 minutos de 5 ml, no tomando líquidos media después del colutorio y haciendo este procedimiento tres veces al día.

B. En bordes laterales de la lengua:

El desprendimiento de las superficies blanquecinas linguales fue a los dos días, por lo que su aplicación se procedió hacerse de dos topitaciones semanales.

C. En encía retromolar a las piezas 3.7 y 4.7:

El desprendimiento de las superficies blanquecinas linguales fue a las 24 horas, por lo que se decidió efectuar topitaciones cada dos días.

Se le dijo a la mamá del paciente que por tratarse de un estudio y resultados importantes en la rama de la Odontología que era necesario la evaluación de la mucosa oral del niño al mes, tres y seis meses de intervenido.

Fase de mantenimiento.

Revisión de la mucosa oral al mes del procedimiento realizado:

Al observar la mucosa oral en su conjunto: vestíbulo anterior, carrillos, mucosa yugal. Zona gingival retromolar derecha e izquierdas se encontró una mucosa de color y apariencias fisiológicas rosadas normales, a la palpación no se encontró presencias de masas ni de crecimientos exofíticos y de manera general, toda la mucosa oral se encontraba humectada, tamaño y forma normales sin depapilaciones ni descamaciones.

Imágenes de las zonas tratadas con ATA 80% sin alteraciones morfológicas a 1 mes.



Figura No.10. Zona de carrillo derecho.



Figura No.11. Zona de carillo izquierdo.

Figura No. 12. Zona de Vestíbulo anterosuperior.



Figura No.13. Zona de Vestíbulo anteroinferior.



Figura No.14. Borde lateral derecho de la lengua.



Revisión de la mucosa oral a los tres y seis meses del procedimiento realizado:

Se llevó a cabo el procedimiento general de revisión haciendo uso de la inspección y palpación observando y tomando en cuenta el color, tamaño, consistencia, salivación y función.

Se encontró que todas las características mucosas cumplían con los requisitos de función y apariencia normales y que se constató la satisfacción familiar con el procedimiento efectuado.

Imágenes de las zonas tratadas con ATA 80% sin alteraciones morfológicas a 6 meses.



Figura No.15. Zona de Vestíbulo anterosuperior.

Figura No.16. Zona de Vestíbulo anteroinferior.



Figura No.17. Borde lateral derecho de la lengua.



Figura No.18. Zona de Carillo derecho.

Figura No.19. Zona de Carillo izquierdo.



IX. DISCUSION DE LOS RESULTADOS

Hasta el momento de la investigación, no se encontraron reportes de esta enfermedad en Nicaragua. En el Instituto Nacional de Pediatría de México, a pesar de ser un Centro de Referencia Nacional en la nación azteca en la atención de pacientes infantiles, De la Teja et al⁴, informan que esta enfermedad no se encuentra muy frecuente en los pacientes atendidos en este sitio y que en México se desconoce la frecuencia de estas lesiones.

El presente caso ilustra acerca de las lesiones presentes en la cavidad oral de un niño de 15 años de edad, que se presenta a la consulta no precisamente porque las lesiones le causen algún malestar intrabucal, sino más porque le generan altercado en sus relaciones socio-afectivas perjudicando la integración del menor a su ambiente de adolescente. Chanco⁶ informa que esta enfermedad no solo causa problemas bucales sino también problemas psicosociales como el rechazo y Pérez et al⁸, informan que éstas lesiones causan baja autoestima en quienes la padecen. No obstante, Cerón et al⁴⁹, informan que dentro de los motivos de consulta también está enfocado a mejorar la estética o por algún trauma masticatorio.

Impresionante para el ojo clínico del Odontólogo es la expresión rara y múltiple de las lesiones en la mucosa oral, algo que causa alarma y en muchas ocasiones hasta pánico, porque muchos Dentistas piensan de manera muy precipitada en lesiones producto de una violación, manifestaciones secundarias a una enfermedad de transmisión sexual o algún tipo raro de cáncer bucal. Es por este motivo que Cerón et al⁴⁹, remarcan en la trascendencia del entrenamiento no solo a Odontólogos sino también a Médicos, para efectuar el diagnóstico y el tratamiento de la HEF y es de suma importancia su reconocimiento para no asociarla con connotaciones sexuales.

Cuál sea la impresión del Odontólogo, evidencia que son lesiones totalmente raras; no son manifestaciones orales que se observan a diario en la consulta y que tampoco por ser raras merecen descuido. Fueron algunos de los argumentos expresados por la Odontóloga que remitió al paciente con estas características

clínicas. Méndez¹, en la justificación de su caso publicado argumenta que es de suma importancia el diagnóstico correcto de esta entidad (HEF) con el objetivo de descartar la posibilidad de que se trate de lesiones papilomatosas y condilomatosas que se observan en niños con antecedentes de abuso sexual, dado que las características clínicas son similares.

Dentro de los exámenes con los que ya portaba el menor y su madre, se encontraban el VDRL con resultados de No Reactor, que comúnmente se envía a pacientes con sospecha de Sífilis y el Test del VIH para conocer si podría ser alguna manifestación de este virus en la cavidad bucal, el que también fue negativo, por último; en el folder que la madre del menor portaba se encontró un examen de Hematócrito y Hemoglobina, los dos con datos en los rangos de normalidad. Así mismo había una hoja de revisión médica en el área ano-genital con resultados negativos.

Fue en este momento que el caso fue considerado totalmente raro y fuera de lo normal, pues prácticamente el paciente era totalmente sano y se desconocía de donde habían provenido esas lesiones que tantas molestias le estaban causando al paciente. No es de esperarse que un profesional de la salud tenga indicios de lo que pueda causar una lesión bucal, es así como Méndez¹, informa que siempre en las lesiones papilomatosas bucales se les busca asociación con el VIH+ y con el VPH.

Pila et al¹⁰, en el único caso observado en 45 años en el Hospital Manuel Ascunce Domenech de Camagüey-Cuba, además de realizarle estudios hematológicos, VDRL y VIH, le practicaron pruebas serológicas para Virus del Epstein-Barr, prueba del látex para enfermedades infecciosas, exudado faríngeo, Electrocardiograma, radiografía de tórax y la ultrasonografía abdominal donde encontraron todos los valores dentro de la normalidad. Es sumamente importante mencionar esta forma de proceder dentro del proceso del diagnóstico, porque es parte de los protocolos de salud cubanos para la atención integral e integrada de las enfermedades bucales y no tratarlas como elementos aislados del organismo humano o como entidades sin valor sistémico alguno.

Una vez que el paciente fue admitido para estudio de caso clínico en el área de Patología Oral de la Facultad de Odontología de la UNAN-León y levantada toda la información necesaria, se solicitó al Centro de Salud Roberto Cortés, la realización de los exámenes TP y TPP para realización de biopsia en dos áreas de la mucosa oral y remisión de los especímenes al laboratorio de Patología del Hospital España de la ciudad de Chinandega. Pérez et al⁸ orientan que en caso de lesiones dudosas se debe realizar biopsia para confirmar sospechas clínicas o para aclarar la situación actual del paciente.

Previamente a este paso se les realizó la diferenciación clínica a las lesiones y se observó el área en empedrado en la mucosa vestibular y yugal y la evolución asintomática de 15 meses, por lo que se consideró una Enfermedad de Heck, aunque no había mucha seguridad porque las lesiones se encontraban diseminadas por toda la cavidad oral.

El tiempo de evolución es de suma importancia en el diagnóstico de Enfermedad de Heck, así lo confirma Méndez¹, quien reporta un caso de dermatosis con dos años de evolución. Vera et al³, informan de una joven con 6 años de evolución.

En este caso no fue posible asociar las lesiones a infecciones de transmisión sexual como la sífilis y el VIH pues los resultados de cada prueba fueron negativos y el menor negó haber tenido reciente o anteriormente relaciones sexuales. De la misma manera lo confirmó la revisión médica realizada por el Médico general del Centro de Salud “Roberto Cortés” y autorizada por la madre del menor. Cerón et al⁴⁹, hace hincapié a que la HEF no tiene connotación sexual, como es el caso de los condilomas. Y que se debe brindar la información adecuada y científica a los padres de los pacientes o a los pacientes mismos si son mayores de edad, con el objetivo de no causar alarma.

Así mismo tiempo, cuando se realizó una reflexión profunda sobre los exámenes previo realizados y leer los resultados contrastándolos con las características de la cavidad bucal, no se pudo evidenciar relación con uno de los factores desencadenantes de alteraciones epiteliales como es la anemia, puesto que los resultados se encontraban en los rangos de normalidad.

Debido a que la familia era de escasos recursos económicos no se pudo evidenciar a través de un examen de tipificación del VPH, la presencia de los subtipos 13 y 32 en el paciente, ya que en el Sistema de Salud Público no se cuenta con este tipo de examen y tampoco en el Laboratorio de Microbiología de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAN-León se realizaba el examen. Cabe resaltar, que tampoco Pila et al¹⁰, realizaron cultivos virales debido a que no se contaba con ese tipo de examen en el Hospital. Sin embargo, cuando se cuenta con los recursos se puede identificar el subtipo de VPH a través de Inmunohistoquímica como lo realizaron Rosa et al¹¹ y Lama et al⁹, tipificaron el subtipo del virus a través de la (PCR) Reacción en cadena de la Polimerasa.

En relación a los factores socioeconómicos a los que se ha asociado la HEF como malnutrición y extrema pobreza reportadas en otros estudios, no se pudo hacer una relación en este estudio puesto que al hacer una visita de campo y preguntarle a la familia sobre los primos y demás familiares del paciente que vivían bajo condiciones similares no contaban con lesiones bucales parecidas a HEF.

Es importante hacer hincapié que por tratarse de una enfermedad viral no hay un tratamiento de elección para erradicarla, pero que hay opciones de manejo clínico; y lo indispensable de mantener una nutrición adecuada y el sistema de defensa del organismo sin alteraciones, sin embargo, es notorio saber que las lesiones son de curso benigno y en muchas ocasiones remiten sin tratamiento. Sin embargo, Cerón et al⁴⁹, manifiestan que no siempre es así, pues la experiencia del Centro Dermatológico de Mérida, Yucatán demuestra lo contrario.

Pero en cuanto al tratamiento Pérez et al⁸, informan que el manejo clínico de esta patología resulta difícil y remarca en la explicación médica al paciente y a sus familiares respecto a la naturaleza y curso del padecimiento.

Cabe señalar que en la Facultad de Odontología de la UNAN-León no se cuenta con ningún tipo de experiencia y este estudio sería la primera experiencia con que se contaría en cuanto al manejo de HEF con Ácido tricloroacético, observando remisión total de las lesiones hasta en 5 topicaciones en el epitelio del vestíbulo anterior superior e inferior y carrillo derecho e izquierdos.

Durante la aplicación sobre cada una de las pápulas se observó que se tornaron blanquecinas de manera inmediata tras retirar el hisopo embebido con ATA 80%, Harris et al¹⁹ plantea que las lesiones de sus casos atendidos se han puesto blancas lechosas en casi un minuto, dato que fue tomado como una nueva información no descrita en la literatura.

En referencia, al número de topicaciones no hay reportes acerca del manejo bucal donde informen un número límite o de referencia para evaluar el tamaño y apariencia de las lesiones. En este estudio en la zona del carrillo y vestíbulo anterior se realizó una aplicación semanal, sin embargo, en la zona de la lengua y gíngiva retromolar se hicieron dos topicaciones a la semana, y observándose total remisión de las lesiones.

En referencia a las topicaciones semanales se tomó como referencia la experiencia descrita por Harris et al¹⁹⁻²¹, en donde aplica el ATA 80% una vez a la semana, de manera similar a nivel vaginal en un estudio experimental, Trujillo et al¹⁸, hacen topicaciones una vez a la semana en su estudio para mujeres con condiloma acuminado. De acuerdo a lo encontrando en la literatura, se decidió por parte del investigador de este estudio el uso del ATA 80% por su bajo costo y también tomando como referencia las similitudes de las células del epitelio bucal con el vaginal¹⁹⁻²¹.

Respecto a las topicaciones dos veces a la semana en la lengua y en la gíngiva retromolar vestibular, se consideró oportuno dos aspectos:

1. El material epitelial necrótico observado y desprendido antes de una semana en la zona de carrillo y vestíbulo.
2. La similitud de epitelios bucal y vaginal y por ende por la experiencia de hasta 3 topicaciones semanales vaginales descritas por Alba⁴⁷ y mencionados por Harris et al^{19,20} en sus estudios.

Al igual que lo informado por Alba⁴⁷ en su investigación, en este estudio se pudo observar en este paciente, las bondades del ATA 80% ya que, durante el tratamiento no se observó ningún tipo de quemaduras en tejido sano perilesional cuando se

derramaba el ácido, sin embargo, autores como Harris et al¹⁹⁻²¹ y González et al¹⁷ sugieren el usar el bicarbonato de sodio como un medio neutralizador del PH del ácido para evitar quemaduras en el tejido sano.

Si bien es cierto debido a que no se contaba con la experiencia, se siguieron los pasos metódicos propuestos por Harris et al¹⁹⁻²¹, en la Topicación de la lesión en la cara ventral de la lengua no se pudo efectuar el spray con bicarbonato de sodio inmediatamente cambio de color la lesión, debido a que el paciente no mantuvo la lengua en posición erguida viendo hacia el paladar y en ese momento el líquido se derramó hacia su porción inferior, observándose posteriormente blanquecino e interrogando al paciente el que afirmó no sentir ningún tipo de malestar, ardor ni dolor. Por ende, se llegó a comprender que el ATA 80% es una opción para la infección por el VPH porque tiene las ventajas de un bajo costo, efectos secundarios mínimos, conserva el epitelio cervical, uso y aplicación local fácil.

Según Pérez et al⁸, la experiencia con que cuentan en el Servicio de Dermatología del Hospital del Niño del Instituto Materno Infantil del Estado de México es con Podofilina 25% o ATA al 35-80%, prescribiendo o no Levamisol o Isoprinosine vía oral como coadyuvante de la inmunidad del huésped, con una terapia de 1 a 4 meses. En lesiones extensas aplican crioterapia con nitrógeno líquido con spray realizando congelamientos una vez al mes por 4 a 6 sesiones. Pila et al¹⁰, realizó crioterapia por 6 meses y observaron disminución de las lesiones considerándose exitoso el tratamiento. Méndez¹ en un caso inició tratamiento con crioterapia por dos meses apreciando disminución del número y tamaño de las lesiones, pero no continuó con esta terapéutica porque el paciente no regresó.

Respecto al manejo de la HEF con Imiquimod 5% Vera-Iglesias et al³, durante un lapso de 3 semanas con tres aplicaciones semanales no obtuvieron respuestas y el paciente se retiró. Para nuestro paciente hubiera sido difícil usar este medicamento puesto que tan solo para tres aplicaciones que trae el tubo y tiene un costo de 1,500 córdobas.

X. CONCLUSIONES

Una vez realizado todo el proceso del diagnóstico en Patología Oral y que se documentó el parecer de las lesiones orales del niño de 15 años originario de Chinandega, se llegó a la conclusión que:

1. Las lesiones encontradas de apariencia condilomatosa clínicamente correspondieron a Enfermedad de Heck
2. No se pudo evidenciar alguna relación etiológica entre los resultados de los exámenes auxiliares de diagnóstico con la presencia de las lesiones orales raras de la mucosa bucal. En el examen histopatológico se encontró positivo a Hiperplasia Epitelial Focal.
3. El manejo clínico se efectuó con ATA 80% + Clorhexidina al 0.2% + colutorio de manzanilla con bicarbonato, observando remisión de las lesiones posterior. Se constató que el ATA 80% hace cambiar de color inmediatamente tras ser aplicado en las lesiones y que además no causa daño al tejido sano perilesional.

XI. RECOMENDACIONES

Con este estudio se abre un abanico de posibilidades diagnósticas y terapéuticas de la Hiperplasia Epitelial Focal, por lo que se recomienda:

1. Que la Facultad de Odontología en sus prácticas profesionales en las Escuelas Primarias del municipio de León, implemente la Guía para el Proceso del Diagnóstico en Patología Oral para la detección temprana y oportuna de lesiones asociadas al VPH y otras entidades clínicas propias del epitelio bucal de la niñez.
2. Que el componente de Patología Bucal abra una línea de investigación sobre el diagnóstico y manejo ambulatorio de las entidades clínicas asociadas al VPH y crea una base de datos para informar sobre la prevalencia e incidencia de estas enfermedades en Nicaragua.
3. Que se publiquen los resultados de este estudio para sea del conocimiento de los Odontólogos en Nicaragua y sirva de base para futuras investigaciones.
4. Que la Facultad de Odontología implemente programas de educación continua sobre ésta y otras entidades clínicas de la mucosa bucal para que los Odontólogos en ejercicio realicen el diagnóstico correcto de estas enfermedades en sus centros de trabajo.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Méndez E. Hiperplasia epitelial focal (enfermedad de Heck). Reporte de un caso. *Revista Mexicana de Pediatría*. 2003; 70(3): 132-134.
2. Regezi J, Sciubba J. *Patología bucal. Correlaciones clinicopatológicas*. 3era. Edición. México: Editorial McGraw Hill Interamericana; 2000.
3. Vera I, García M, Sánchez P, Romero G, Cortina de la Calle P. Hiperplasia epitelial focal. *Actas Dermosifiliogr* 2007; 98(9):621-623.
4. De la Teja E, Martínez B, Téllez J, Ramírez L, Durán A, Cadena A. Hiperplasia epitelial multifocal. Manifestaciones bucales en niños. Revisión de literatura. *Acta Pediatr Mex* 2008; 29(1): 31-35.
5. Deliverska E, Dencheva M. Rare case of multifocal epitelial hiperplasia of oral mucosa. *Journal of IMAB* 2013, vol. 19, issue 4.
6. Chanco G. Hiperplasia epitelial focal. *Dermatol Perú* 2014; 24 (4): 235-38.
7. Guevara A, Blondet J, Llerena V. Prevalencia y distribución de la hiperplasia epitelial focal en la población escolar de Mórrope-Lambayeque-Perú. *Folia Dermatol*. 2003; 14 (1): 15-20.
8. Pérez A, Del Pino G, López M. Hiperplasia epitelial focal: Actualidades y tratamiento. *Revista Mexicana de Cirugía Bucal y Maxilofacial* 2010; 6(3): 111-115.
9. Lama E, Conde L, Puerto M, González MR. Detección del papilomavirus 13 en pacientes con hiperplasia epitelial multifocal y sus familiares asintomáticos. *Revista Odontológica Latinoamericana* 2012;.4(2): 29-32.
10. Pila R, Pila M, Pila R. Hiperplasia epitelial focal. Presentación de un caso. *Medisur Cienfuegos* 2014; 12(1)
11. Rosa LN, Gedoz L, Hildebrand LC, Carvalho A, Chevarría MG. Hiperplasia Epitelial Focal: ¿por qué Enfermedad de Heck? *Av. Odontoestomatol* 2003; 19(4): 239-247.

12. Carrillo J, Conde L, Ayora G, Puerto M, González M. Estudio de la hiperplasia epitelial multifocal en tres comunidades rurales del Estado de Yucatán, México. *Rev Biomed* 2015; 26(3): 133-137.
13. Navarro L, Ordaz K, Lacruz B, Moret Y. Prevalencia de la hiperplasia epitelial focal en pacientes de las etnias Sanema y Yekuana. Estado Bolívar, Venezuela. *Acta Odontol. Venez.* 2006; 44 (3): 364-370.
14. Arreaga L. Índice del virus del papiloma humano en la cavidad bucal en escuelas de la ciudad de Guayaquil. (Tesis). Guayaquil: Universidad de Guayaquil, Facultad Piloto de Odontología; 2014.
15. Barrera J, Cabrera A. Características de las lesiones bucales producidas por papova-virus en pacientes que acuden al servicio de Dermatología en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la Ciudad de Cuenca 2013. (Tesis de Grado). Cuenca: Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas; 2013.
16. Jiménez C, Correnti M, Salma N, Cavazza M, Perrone M. Detección del virus del papiloma humano en entidades clínicas benignas de la cavidad bucal, mediante la reacción en cadena de la polimerasa e hibridación molecular. *Acta Odontol. Venezol.* 2001; 39(2)
17. González T, González D. Efecto del ácido Tricloroacético y cirugía convencional en lesiones mucosas producidas por el VPH. Carabobo: Universidad de Carabobo; 2013. (Informe de investigación).
18. Trujillo I, Acosta D, Álvarez M, Pernas A, Toledo M, Rodríguez M. Condiloma acuminado: eficacia terapéutica comparativa entre el ácido Tricloroacético solo y el ácido Tricloroacético asociado al Levamisol. *Dermatol Perú* 2009; 19(2): 114-121.
19. Harris J, Rebolledo M, Camacho C, Carmona L, Díaz A. Ácido Tricloroacético, una opción terapéutica en la hiperplasia epitelial focal. Presentación de un caso. *Av Odontoestomatol* 2010; 26(6): 323-328.
20. Harris J, Rebolledo M, Camacho C, Carmona L. Ácido Tricloroacético como terapéutica en dos casos de hiperplasia epitelial focal. *Acta Odontológica Venezolana* 2011; 49(3)

21. Harris J, Vásquez K, Fortich N. Hiperplasia epitelial focal. Tratamiento conservador con ácido Tricloroacético. Rev CES Odont. 2011; 24(2): 367-70.
22. Pérez-Salcedo L, Bascones Martínez A. Tumores benignos de la mucosa oral. Av. Odontoestomatol 2010; 26 (1): 11-18.
23. Arteaga F, Velazco N, Quiñónez B, Corredor A. Verrugas vulgares bucales múltiples. Reporte de un caso. Acta Odontológica Venezolana Vol. 46 No.1. 2008.
24. Pérez L, Gómez E, Herrero L, Jiménez F. Masa verrucosa en la lengua: papilomatosis oral florida. Scientific letters / Enferm Infecc Microbiol Clin. 2015;33(2):133–140.
25. Eimer L, Lagodin C, Bonavia P, Stringa M, Rébora I, Anaya J. Enfermedad de Darier-White tratada con isotretinoína oral. Arch Argent Pediatr 2011;109(4):63-66.
26. Campos M, Serra E, Alomar A, Dalmau J. Enfermedad de Darier-White: revisión. Dermatología Cosmética Médica y Quirúrgica 2006; 4(4): 261-267.
27. Pacho A, Piñol F. Lesiones bucales relacionadas con las enfermedades digestivas. Rev Cubana Estomatol v.43 n.3 Ciudad de La Habana jul.-sep. 2006.
28. Segura-Saint-Gerons R, Ceballos-Salobreña A, Toro-Rojas M, Gándara-Rey JM. Oral manifestations of Cowden's disease. Presentation of a clinical case. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2006;11: 421-4.
29. Almenar Besó R, Vicente Bagán Sebastián J, Milián Masanet M^aA, Jiménez Soriano Y. Síndrome de Cowden: presentación de un caso clínico con lesiones orales. An Med Interna (Madrid) 2001; 18: 426-428.
30. Carrillo A, Hernández M, Hernández T, Zárate A. Terapéutica en infección por virus del papiloma humano. Ginecol Obstet Mex 2012; 80(11): 712-719.
31. Castellanos J, Díaz L, Gay O. Medicina en Odontología: Manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas. 2da. Edición. México: Editorial El Manual Moderno; 2002.

32. Ortega C, González S, Donatti L, Allevato M. Hiperplasia epitelial focal- Enfermedad de Heck. Nuestra casuística y revisión del tema. Arch. Argent. Dermatol 2009; 59:193-199.
33. Meza S. Hallazgos clínicos e histopatológicos de la hiperplasia epitelial focal: una serie de 47 casos. Diploma de estudios avanzados. Universidad Complutense de Madrid. Madrid. 2011.
34. Polanco I. (Tesis de Grado) Aporte del trabajo social para contrarrestar los niveles de desnutrición en escolares guatemaltecos que presentan la Hiperplasia multifocal del epitelio. Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala. 2006.
35. Harris J, Fortich N. Caso severo de manifestaciones bucales de la hiperplasia epitelial focal. Salud Uninorte 2012; 28(3):445-450.
36. Salud bucodental. Nota informativa No. 318. Abril de 2012. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
37. Litwak G, Pueyo S. Verrugas vulgares: tratamiento con interferón alfa 2 b intralesional. Dermatología Pediátrica Latinoamericana Vol. 11 No.1, 2013.
38. Pérez J, Henning E, Butte J. Neoplasia endocrina múltiple tipo 2B. Cuad. Cir. 2001; 15: 51-57.
39. Ceccotti E. El diagnóstico en clínica estomatológica. 1era. Edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2007.
40. Díaz M, Rodríguez S, Hernández K. Nevo blanco esponjoso: informe de un caso, revisión de la bibliografía y de su manejo. Revista de Ciencias Clínicas 2010; 11(2): 63-67.
41. Bascones-Ilundain C, González Moles MA, Carrillo de Albornoz A, Bascones-Martínez A. Liquen plano oral (I). Aspectos clínicos, etiopatogénicos y epidemiológicos. Av. Odontoestomatol 2006; 22(1): 11-19.
42. Romaní F. Reporte de caso y serie de casos: una aproximación para el pregrado. CIMEL 2010; 15(1): 46-51.
43. Manterola C, Otzen T. Estudios observacionales. Los diseños utilizados con mayor frecuencia en investigación clínica. Int. J. Morphol. 2014; 32(2):634-645.

44. Colluzi D. Láser para cirugía de tejidos blandos. *Odontología Actual* 2008; 60(5): 18-24.
45. Valle L. *Dermatología general: enfoque práctico*. 2da. Edición. Buenos Aires: Editorial Dunken; 2012.
46. Wood N, Goaz P. *Diagnóstico diferencial de las lesiones orales y maxilofaciales*. 5ta. Edición. Madrid: Harcourt Brace; 1998.
47. Alba B. *Tratamiento de infección cervical por Virus del Papiloma Humano con Ácido Tricloroacético en mujeres que acudan a la Clínica de Displasias del Hospital de Especialidades del Niño y de la Mujer "Dr. Felipe Núñez Lara" del 1 de Marzo del 2005 al 28 de Febrero del 2006*. (Tesis). Querétaro: Universidad Autónoma de Querétaro, Facultad de Medicina-Especialidad de Ginecología y Obstetricia; 2007.
48. Chairez A, Vega M, Zambrano G, García C, Maya G, Cuevas G. Presencia del Virus Papiloma Humano en la Cavidad Oral: Revisión y Actualización de la literatura. *Int. J. Odontostomat.*, 2015; 9(2): 233-238.
49. Cerón I, Cerón J, González M. Hiperplasia epitelial multifocal: revisión de 71 casos. *Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica*. 2011; 9(3): 176-180.
50. Bascones Martínez A, Mudarra Morante S, Perea Pérez E. Antisépticos en el tratamiento de la enfermedad periodontal. *Av Periodon Implantol*. 2002; 14,3: 101-114.
51. Herrera F. *Medición del efecto anti-inflamatorio del gel de manzanilla (Matricaria Recutita) en niños con inflamación de la encía en la zona de erupción de la dentición primaria, comprendidos entre las edades de 6 meses a 2 años, de la casa No.1 de la Sociedad Protectora del Niño de la ciudad de Guatemala, en el mes de septiembre del año 2001*. (Tesis). Guatemala: Universidad San Carlos de Guatemala, Facultad de Odontología; 2002.
52. Gaete, F. M. J. & Oliva, M. P. Efectividad del colutorio de manzanilla comparado con placebo y clorhexidina en pacientes con gingivitis entre 19 y 25 años: ensayo clínico controlado. *Int. J. Odontostomat.*, 6(2):151-156, 2012.

53. López D. Comparación de la eficacia entre enjuagues bucales de gluconato de clorhexidina 0.12% y de manzanilla con bicarbonato de sodio, en pacientes con gingivitis inducida por placa bacteriana. (Tesis). Colombia: Universidad de las Américas, Facultad de Odontología; 2015.
54. González V. Efecto antimicrobiano de la infusión de manzanilla sobre el *Actinomyces odontolyticus* y el *Actinomyces viscosus*: Estudio in vitro. (Tesis). Quito: Universidad Central del Ecuador, Facultad de Odontología; 2016.
55. Stifano M, Chimenos-Küstner E, López-López J, Lozano-de Luaces V. Nutrición y prevención de las enfermedades de la mucosa oral. *Odontol. Prev.* 2008;1(2):65-72.
56. Zamora J. Antioxidantes: micronutrientes en la lucha por la salud. *Rev Chil Nutr* Vol. 34, No. 1, Marzo 2007.
57. Moret Y, Sakkal R. Uso de los antioxidantes en el tratamiento de la leucoplasia bucal. *Acta Odontologica Venezolana* Vol. 43, No. 2, 2005.
58. Blé-Castillo JL, Díaz-Zagoya JC, Méndez JD. Suplementación con vitamina E, ¿benéfica o dañina?. *Gac Méd Mex* Vol. 144 No.2, 2008.
59. Comité de Bioética. Facultad de Odontología-Universidad Central de Venezuela. Formatos para descargas, disponible en: <http://www.ucv.ve/estructura/facultades/facultad-de-odontologia/comite-de-bioetica.html>

XIII. ANEXOS

Anexo No.1. Ficha de Consentimiento Informado de la Maestría de Medicina Estomatológica de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela.



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DEL PACIENTE EN LA MAESTRIA DE MEDICINA ESTOMATOLÓGICA DE LA FACULTAD DE ODONTOLÓGIA DE LA UCV



Yo, _____, de _____ edad, identificado con la cedula de identidad N° _____ domiciliado(a) en _____ como representante legal o familiar de _____, declaro lo siguiente:

He sido informado(a) que la atención brindada en esta institución es de tipo docente-asistencial-investigación, caracterizada por la atención odontológica a cargo de odontólogos bajo la supervisión clínica de docentes-especialistas, médico anestesiólogo y personal auxiliar.

Me han explicado en forma clara y suficiente, el diagnóstico, la naturaleza de la enfermedad que padezco o padece mi representado (a), la evolución natural, objetivos del tratamiento propuesto, así como las alternativas de tratamiento (sobre lo cual pude participar), descripción de las consecuencias derivadas del tratamiento o intervención, beneficios, riesgos comunes del tratamiento (posibles complicaciones que se pueden desencadenar durante o después del mismo), riesgos personalizados (por presentar problemas de salud general que incidan sobre el tratamiento) por lo que debo acudir al centro sanitario y buscar al médico tratante en el caso de desencadenarse algún riesgo, adicionalmente debo presentar el informe médico correspondiente para anexarlo a la historia clínica y será informado(a) en cada momento y a mi requerimiento de la evolución del proceso.

Debo realizar los exámenes pertinentes que se me indiquen, previamente al tratamiento, los cuales cancelaré. Se pueden requerir interconsultas con cualquier otra especialidad odontológica o médica para minimizar los riesgos y lograr el propósito del tratamiento. Acepto la realización de las radiografías, fotografías, y otros medios diagnósticos que sean necesarios; garantizándome la confidencialidad, el resguardo de mi identidad o la de mi representado(a) y la utilización de dichos record sólo con fines académicos de investigación y científicos en cursos, congresos entre otros.

Comprendo que la Maestría de Medicina Estomatológica es la especialidad de la odontología que se encargan de realizar el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de lesiones patológicas en cavidad bucal. Entre los beneficios de dicho tratamiento está la restitución de la salud bucal, así como la actualización de conocimientos permanentemente, calidad de materiales, técnicas y gran dedicación. Los riesgos pueden ser: molestias, dolor o cualquier complicación que pueda presentarse como consecuencia del tratamiento, de la cual el profesional que me atiende se hará responsable, así mismo entiendo que se pueden producir alguna(s) complicación(ones) citada(s) u otras, que no dependen de la técnica empleada ni de su correcta realización.

Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta y por tanto la garantía de los resultados está sujeta a múltiples factores. Confío en el buen juicio y las decisiones del profesional durante el tratamiento, buscando siempre el mayor beneficio, razón por la cual si surgiese cualquier situación inesperada durante el tratamiento, autorizo al operador a realizar el procedimiento o maniobra que estime oportuna para la resolución de dicha situación.

Estoy consciente que de la intervención quirúrgica sobran restos biológicos, los cuales voluntariamente me encuentro dispuesto(a) a donar para ser utilizados, de ser necesario, en investigaciones que se lleven a cabo en la Facultad de Odontología de la UCV.

Se me ha explicado que se me darán las indicaciones pre y postoperatorias o de medicación ambulatoria, según sea el caso, las cuales me comprometo a cumplir, así como a acudir a las citas y controles cuando el odontólogo así me lo indique, mantener una higiene adecuada y cumplir con las instrucciones dadas. Estoy al tanto y asumo la cancelación de las tarifas de la Institución; los costos están sujetos a posibles cambios sin previo aviso, pero notificado oportunamente. El tratamiento no contempla compensaciones ni indemnizaciones.

Confirmando que luego que aclararon mis dudas, me siento informado, comprendo la información, libre, sin coacción ni manipulación, para decidir voluntariamente, con el tiempo suficiente para meditar o consultar la decisión con quien considere pertinente, de acuerdo con mis valores e intereses y me declaro competente para tomar las decisiones que correspondan. En tal sentido DOY MI CONSENTIMIENTO AL FACULTATIVO A REALIZAR EL TRATAMIENTO PERTINENTE _____ o NO CONSIENTO _____, con el buen entendido que puedo retirar este consentimiento por escrito cuando así lo desee, sin represalia, ni penalidad alguna. Así mismo doy fe de que mi representado FUE ESCUCHADO _____ o dio su ASENTIMIENTO _____.

Nombre del paciente: _____ CI: _____ Edad: _____
 Nombre del representante legal: _____ CI: _____
 Parentesco: _____ Firma: _____
 Nombre del profesional: _____ CI: _____ Tlf: _____
 COV: _____ MPPS: _____ Firma: _____
 Nombre del estudiante: _____ CI: _____
 Tlf: _____ Firma: _____
 Nombre del docente: _____ C.I.: _____ Firma: _____
 Nombre de testigo: _____ C.I.: _____ Firma: _____
 Nombre de testigo: _____ C.I.: _____ Firma: _____
 Caracas, _____ de _____ de _____.

Anexo No.2. Ficha de Consentimiento Informado Adaptado para este estudio.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA, León FACULTAD DE ODONTOLOGÍA CONSENTIMIENTO INFORMADO



Yo: XXXX de 45 años edad, identificado con la cedula de identidad No. XXX_XXXXXX_XXXX, con domicilio en Ranchería-Chinandega como representante legal o familiar de XXXX, declaro lo siguiente:

He sido informad@ que la atención brindada en la Facultad de Odontología de la UNAN-León, es de tipo docente–asistencial-investigación, caracterizada por la atención odontológica a cargo de estudiantes supervisada por Académicos-Odontólogos y con la asistencia de personal auxiliar.

Me han explicado en forma clara y suficiente los siguientes aspectos:

1. **El diagnóstico de la enfermedad que padezco o padece mi representad@:** Enfermedad de Heck.
2. **El curso de la enfermedad:** Benigna.
3. **Los objetivos del tratamiento propuesto, así como las alternativas de tratamiento (sobre lo cual pude participar):** El objetivo principal es restablecer las funciones de la cavidad oral. Dentro de las alternativas de tratamiento está el manejo tópico con Ácido tricloroacético, gel de clorhexidina 0.2%, enjuagues o buches de manzanilla con bicarbonato.
4. **La descripción de las consecuencias derivadas del tratamiento o intervención:** desprendimiento del epitelio bucal intervenido con dolor o ardor.
5. **Los beneficios del tratamiento:** Restitución de la mucosa oral afectada e integración del paciente a su vida de estudiante y adolescente.
6. **Los riesgos o posibles complicaciones que se pueden desencadenar durante o después del tratamiento:** riesgo: irritación o quemaduras químicas de la cavidad oral y que el epitelio no responda al tratamiento.
7. **Los riesgos personalizados por presentar problemas de salud general que incidan sobre el tratamiento:** sin enfermedad sistémica por lo que debo acudir a la Unidad de Salud Pública, Privada o Subvencionada y buscar al médico tratante en el caso de desencadenarse algún riesgo, adicionalmente debo presentar el informe médico correspondiente para anexarlo a la historia clínica y seré informad@ en cada momento y a mi requerimiento de la evolución del proceso.

Debo realizar los exámenes pertinentes que se me indiquen, previamente al tratamiento: BHC, TP, TPT, VDRL, Biopsia incisional.

Se pueden requerir interconsultas con cualquier otra especialidad odontológica o médica para minimizar los riesgos y lograr el propósito del tratamiento.

De ser necesario, acepto la realización de las radiografías, fotografías, y otros medios diagnósticos que sean necesarios; garantizándome la confidencialidad, el resguardo de mi identidad o la de mi representad@ y la utilización de dicha información sólo con fines académicos de investigación y científicos en cursos, congresos entre otros.

Comprendo que, en la Unidad de Diagnóstico en Medicina Oral, los docentes a cargo, se encargan de realizar el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de lesiones patológicas en la cavidad bucal.

Entre los beneficios de dicho tratamiento se encuentran:

1. La restitución de la salud bucal.
2. La actualización de conocimientos en manifestaciones clínicas de las enfermedades bucales.
3. Innovación en nuevos tratamientos y la eficacia de éstos.
4. Técnicas de manejo ambulatorio.

Los riesgos a los que me puedo encontrar durante o después del tratamiento pueden ser:

1. Molestias, dolor o cualquier complicación que pueda presentarse como consecuencia del tratamiento, de la cual el profesional que me atiende se hará responsable.
2. Así mismo entiendo que se pueden producir alguna/s complicación/es citada/s u otras, que no dependen de la técnica empleada ni de su correcta realización.
3. Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta y por tanto la garantía de los resultados está sujeta a múltiples factores.

Confío en el buen juicio y en las decisiones del Dr. Manuel Paz Betanco durante el tratamiento, buscando siempre el mayor beneficio, razón por la cual, si surgiese cualquier situación inesperada durante el tratamiento, autorizo al Académico a realizar el procedimiento o maniobra que estime oportuna para la resolución de dicha situación.

Estoy consciente que de una intervención quirúrgica sobran restos biológicos, los cuales voluntariamente me encuentro dispuest@ a donar para ser utilizados, de ser necesario, en investigaciones que se lleven a cabo en la Facultad de Odontología de la UNAN-León.

Se me ha explicado que se me darán las indicaciones pre y postoperatorias o de medicación ambulatoria, según sea el caso, las cuales me comprometo a cumplir, así como a acudir a las citas y controles cuando el Profesor de Odontología así me lo indique, mantener una higiene oral adecuada y cumplir con las instrucciones dadas.

Los costos de los tratamientos están calculados a valores mínimos. Y si no se encuentra disponible un medicamento en la Facultad de Odontología, estoy dispuest@ a facilitárselo al Académico de requerirlo. El tratamiento no contempla compensaciones ni indemnizaciones.

Confirmando que luego que aclararon mis dudas, me siento informad@, comprendo la información, libre, sin coacción ni manipulación, para decidir voluntariamente, con el tiempo suficiente para meditar o consultar la decisión con quien considere pertinente, de acuerdo con mis valores e intereses y me declaro competente para tomar las decisiones que correspondan.

En tal sentido doy mi consentimiento al Facultativo a realizar el tratamiento pertinente. Así mismo doy fe de que mi representado fue escuchado y dio su asentimiento.

Nombre del paciente: _____ XXXX _____ Firma: _____ XXXX _____

Nombre del representante o Tutor: _____ XXXX _____ Firma: _____ XXXX _____

Nombre del Estudiante: Dr. Manuel Paz Betanco _____ Firma:  _____

Código MINSA y sello del Académico: _____ 39311 _____.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA, LEÓN
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
CLÍNICAS MULTIDISCIPLINARIAS
HISTORIA CLÍNICA

I. DATOS GENERALES:

Nombre _____ Edad: _____ Sexo: _____

Estado Civil _____ Dirección _____

Procedencia _____ Teléfono _____

Ocupación: _____ Referido por _____

Fecha de inicio _____

II. MOTIVO DE LA CONSULTA (EXPLIQUE)

III. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL (DESCRIBA) (debe estar relacionada con el motivo de la consulta)

IV. HISTORIA BUCO DENTAL

1. Fecha de la última visita odontológica _____

2. Tratamiento recibido _____

3. Dientes perdidos: No. _____ Causa _____

4. Experiencias de exodoncias previas _____

5. HIGIENEN ORAL: _____

Tipo de cepillo : _____ Técnica de cepillado _____

Frecuencia de cepillado _____ Otras ayudas para la higiene oral _____

V. HISTORIA MÉDICA ANTERIOR:

¿Ha estado el paciente bajo cuidado médico? _____

Hospital ó Clínica _____ Expediente _____

Fecha del último examen médico _____

Describe drogas o medicamentos que toma _____

- Nombre del médico _____

Enfermedades que ha padecido (Explique la razón por la que se hacen esta preguntas y conteste con SI o NO, según la respuesta del paciente)

- | | |
|------------------------|--|
| - () Alergias | - () Cáncer |
| - () Anemia | Endocrinopatías: |
| - () Artritis | - () Diabetes |
| - () Cardiopatías | - () Hipertiroidismo |
| - () Hipertensión | - () Hipotiroidismo |
| - () Hipotensión | - () Enfermedades de transmisión sexual |
| - () Fiebre reumática | - () Enfermedades de la niñez |
| - () Génito-urinarias | - () Hemofilia |
| - () Hepatitis | - () Otras |
| - () Tumores | |

Si alguna de estas enfermedades persiste, indique:

Qué enfermedad _____

Iniciación _____

Curso _____

Tratamiento _____

Estado actual _____

Si hay afirmación de "otras," describa: _____

Ha sido sometido a:

Operaciones _____

Transfusiones sanguíneas _____

Radioterapia _____

Vacunas recibidas (especifique) _____

VI: HISTORIA FAMILIAR (describa) _____

VII. HISTORIA PERSONAL Y SOCIAL (describa) _____

VIII. REVISIÓN DE ÓRGANOS Y SISTEMAS

Conteste con SI o NO:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> Tos severa |
| <input type="checkbox"/> Fatiga fácil | <input type="checkbox"/> Hemoptisis |
| <input type="checkbox"/> Trastornos digestivos | <input type="checkbox"/> Cianosis |
| <input type="checkbox"/> Temblores | <input type="checkbox"/> Dolor articular |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Edema articular |
| <input type="checkbox"/> Edema de tobillos por la mañana | <input type="checkbox"/> Problemas urinarios |
| <input type="checkbox"/> Edema de tobillos por la tarde | <input type="checkbox"/> Tendencia a hemorragias / |
| <input type="checkbox"/> Dolores faciales | <input type="checkbox"/> Lesiones en la piel |

Describe si es necesario: _____

Otros signos o síntomas que ha tenido recientemente: _____

IX. SIGNOS VITALES:

- Presión sanguínea (tómela en varias citas, si es necesario):

Mínima _____ Máxima _____

- Pulso:

Número de pulsaciones _____ Ritmo _____

- Temperatura (tómela si es necesario): _____

X. EXÁMENS DE LABORATORIO (si son necesarios)

Describe el tipo de examen que indica y justifíquelo: _____

XI. REVISIÓN MÉDICA (SI ES NECESARIA):

En caso afirmativo, explique el por qué: _____

XII. ACTITUD EMOCIONAL (DESCRIBA)

XIII. EXAMEN FÍSICO DE CARA Y CUELLO:

Describe tomando en cuenta los medios de inspección, palpación, percusión y auscultación.

XIV. EXAMEN CLÍNICO BUCAL (Describe lo relevante)

Región vestibular: _____

Paladar duro: _____

Paladar blando: _____

Orofaringe: _____

Piso de la boca: _____

Lengua: _____

Cara dorsal: _____

Cara ventral: _____

Bordes: _____

Encía: _____

Dientes: _____

XV. RECONOCIMIENTO GENERAL DE LA CAVIDAD BUCAL:

Marque con SI o NO

HIGIENE ORAL:

Buena ()

Regular ()

Deficiente ()

Presencia de cálculo:

Poco ()

Regular ()

Abundante ()

Salivación:

Poco ()

Regular ()

Abundante ()

Alumno: _____

Fecha de terminado _____

Vo. Bo. Docente _____

Anexo No. 4. Guía para el Proceso del Diagnóstico en Patología Oral.

Con esta guía se pretende que tanto el estudiante de odontología como el odontólogo en su ejercicio profesional, logren realizar con certeza el diagnóstico clínico de lesiones bucales de pacientes que visitan la clínica dental, ya sea por ser ese el motivo de la consulta o por ser lesiones encontradas en el examen clínico bucal de rutina.

ACAPITES:

- VI. Aspectos generales.
- VII. Proceso de filtro de la información y decisión diagnóstica.
- VIII. Orden de estudio histopatológico.
- IX. Propuesta de opciones terapéuticas de tratamiento al paciente o a su representante.
- X. Monitoreo operatorio y post-operatorio.

I. Aspectos generales:

Para la obtención de la información necesaria e importante para llegar al diagnóstico, tome en consideración los siguientes pasos:

1. Redacción del caso clínico, tomando en cuenta todos los acápites de la historia clínica.
2. Toma de fotografías clínicas en cada fase: examen físico extraoral e intraoral, operatorio y post-operatorio. Cuide de la identidad del paciente colocando una cinta negra en los ojos del paciente en las fotografías extraorales. Puede tomar una en vista frontal y una de perfil para valorar algún tipo de asimetría facial, más cuando la lesión compromete un área estética.
3. Exámenes complementarios: de laboratorio médico y dental, imagenología y resultados de medios de diagnóstico clínico.
 - a. En los exámenes de laboratorio médico incluya desde los de gabinete hasta en los que considere de importancia sistémica para valorar compromiso bucal.
 - b. En los exámenes de laboratorio dental, puede considerar a todo aquel que le ayude a comprender desde un proceso biomecánico articular, hasta un proceso de desgaste dental fisiológico o patológico.
 - c. Cuando se trate de lesiones óseas o quísticas, puede enviar exámenes de imagen, en los que puede considerar desde una radiografía dental periapical, panorámica, TAC, etc.
4. Emisión de los diagnósticos diferenciales. En este apartado hágalo sin un orden de preferencia, pues en el filtro de la información se dará cuenta cual o cuales son los que más se acerca/n a las características de la enfermedad del paciente.
5. Proceso de filtro de la información y toma de una decisión diagnóstica basada en una reflexión médica objetiva.
6. Elección del diagnóstico presuntivo de la enfermedad.
7. Toma de biopsia.

8. Realización del tratamiento considerando el diagnóstico clínico-histopatológico.
9. Observación y comportamiento de la enfermedad durante y posterior al tratamiento a través de controles sistemáticos.

II. Proceso de filtro de la información y decisión diagnóstica:

Sobre el llenado de este filtro:

- Durante este proceso usted deberá contar con una amplia revisión bibliográfica.
- A la par de cada característica clínica, epidemiológica y radiográfica (si la lesión es ósea), marcar con un signo + (Positivo) o – (Negativo) en el diagnóstico diferencial.
- De no haber encontrado una característica del paciente en ninguno de sus diagnósticos diferenciales (de acuerdo a la literatura), deje en blanco ese espacio.
- Su decisión diagnóstica estará encaminada al diagnóstico diferencial con un mayor número de signos positivos.
- Si el nombre de la enfermedad (Diagnóstico diferencial) no alcanza en el cuadro, lo puede anotar en abreviatura y luego las describe debajo del cuadro para su mejor comprensión.

colocar aquí cada una de las Características de la enfermedad bucal del paciente:	plasmear aquí cada uno de los diagnósticos diferenciales de acuerdo a las características observadas en el caso clínico:				
	DD1	DD2	DD3	DD4	DD5
Datos epidemiológicos:					
Características clínicas					
Características imagenológicas					

Diagnóstico presuntivo (basado en una decisión diagnóstica):

III. Orden de estudio histopatológico:

A. Datos generales:

Fecha: _____ Número de Orden: _____.

Nombre del paciente: _____.

Edad: _____ años. Sexo: M ____ F ____

Profesional que solicita: _____ Teléfono: _____.

B. Datos de la lesión:

Descripción macroscópica (Tamaño, color, forma, consistencia, base, número, superficie)

Localización clínica: _____

Tiempo de evolución y sintomatología: _____

C. Datos sistémicos

(Antecedentes personales patológicos, traumatismos en región orofacial, infecciones de la niñez, etc)

D. Exámenes imagenológicos: (Adjuntar).

E. Impresión diagnóstica: _____

IV. **Propuesta de opciones terapéuticas de tratamiento al paciente o a su representante.** _____ (Anotar en la raya el nombre de la enfermedad).

Tratamiento disponible en el país	Riesgos	Beneficios/Efectividad	Costo en córdobas

Tratamiento elegido por el paciente:

V. Monitoreo de Enfermedades Bucales Intra y Post-Operatorio.

Terapéutica **efectuada:**

Observaciones durante el procedimiento operatorio:

Monitoreo de las lesiones durante post-operatorio:

Características de normalidad de los tejidos	Cambios observados en el post-operatorio, considerando cualquier alteración importante:			
	1 mes	3 meses	6 meses	1 año

Hubo regresión de la enfermedad: Si ___ No ___

De ser positivo, describir la forma recidivante:

De ser negativo, valore la terapéutica efectuada:

Éxito (100% de curación) _____ Fracaso (Recidiva) _____

Profesional a cargo: _____.

Anexo No.5. Formatos de Exámenes de Laboratorio del Centro de Salud Roberto Cortés de Chinandega y de un Laboratorio Privado.

SEROLOGIA

Ministerio de Salud
Laboratorio Clínico

1er. [Redacted]	2do. Apellido:	Nº Expediente:
1er. N [Redacted]	2do. Nombre:	Servicio:
Establecimiento:	Localidad:	Sala: <u>R/Cortez</u>
Informe Nº	Fecha: <u>09 08 16</u> Día Mes Año	Cama Nº
		Emergencia <input type="checkbox"/>
		Consulta Externa <input type="checkbox"/>
ANTIESTREPTOLISINA "O"	Antígenos Febriles	
	Tífico <u>H</u>	<u>TP: 14" (VN 13-17) ser</u>
ARTRITIS REUMATOIDEA	Tífico <u>O</u>	
	Paratífico <u>A</u>	<u>TPT: 36" (VN 24-36)</u>
PROTEINA C REACTIVA	Paratífico <u>B</u>	
	Brucella Abortus	
MONONUCLEOSIS INFECCIOSA	Proteus OX - 19	
	Proteus OX - K	
REACCION DE V. D. R. L.	Proteus OX - 2	
Cualitativo	Fecha de Entrega:	
Cuantitativo	Firma Laboratorista	
	Nombre:	

COD. S-128

BIOMETRIA HEMATICA

Ministerio de Salud
Laboratorio Clínico

1er. [Redacted]	2do. Apellido:	No. de Expediente:
1er. N [Redacted]	2do. Nombre:	
Establecimiento:	Localidad:	
Informe Nº	Fecha: <u>09 08 16</u> DIA MES AÑO	Cama Nº
		Emergencia <input type="checkbox"/>
		Consulta Externa <input type="checkbox"/>

EXAMEN	RESUL-TADO	EXAMEN	RESUL-TADO	EXAMEN	RESUL-TADO	EXAMEN
Eritrocitos x mm ³		T. Coagulación	<u>7</u>	Hemoglobina	<u>14 g/dl</u>	Investigación Hematozoaria
Leucocitos x mm ³	<u>7</u>	T. Sangría	<u>7</u>	Hematocrito	<u>40%</u>	
Plaquetas x mm ³		T. Protrombina		Vol. Corp. Med.		
Reticulocitos %		T. Tromboplast Parc.		HB. Corp. Media		
V. Sedimentación la h		Retracc. Coágulo		Corp. Med. HB. Corp.		

FORMULA LEUCOCITARIA

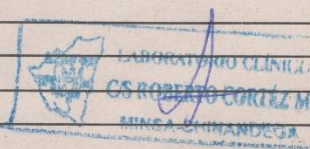
Mielocitos	Juveniles	En Banda	Segmen-tados	Eosino-filos	Basófilos	Linfocitos	Monocitos	Fecha:

Firma Laboratorista: _____
Nombre: OS ROBERTO CORTEZ M.
MINSA - CHINANDEGA

Caracteres Celulares: _____
Observaciones: _____

QUIMICA SANGUINEA II

LABORATORIO CLÍNICO

1er. Nombre: <i>Barboza</i>	2do. Apellido: <i>Jonathan</i>	No. Expediente: <i>R/C-</i>
1er. Nombre: <i>Jonathan</i>	2do. Apellido: <i>Jonathan</i>	Servicio:
Establecimiento:	Localidad: <i>Managua</i>	Sala: <i>15 años</i>
Informe No.:	Fecha: <i>04 08 16</i> DIA MES AÑO	Cama N° Emergencia <input type="checkbox"/> Consulta Externa <input type="checkbox"/>
Lacto Dehidrogenosa	Colesterol	
Amilasa <i>NDRL e No Reactor</i>	Triglicéridos	
Lipasa	Lípidos Totales	
C.P.K.	Proteínas Totales	
Fosfatasa Alcalina	Albúminas	
Fosfatasa Acido	Globulinas	
T. G. pirúvica	Relación A / G.	
T. G. Oxalacética		
Bilirrubina Total	Fecha Entrega:	
Bilirrubina Directa	Firma Laboratorista:	
Bilirrubina Indirecta	Nombre:	

201001-C8-02

Programa Cristiano Médico Familiar

LABORATORIO CLÍNICO BARBOZA

Dirección: Curacao 25 vrs. arriba
 Teléfono: 2341-8321 / Cel.: 8653-4616
 Chinandega, Nicaragua

Lic. Soraya Barboza Díaz
 UNAN - Managua



Paciente:

Edad:


Médico:

Fecha: *4-8-016*

HIV..... NEGATIVO.

Lic. Soraya Barboza Díaz
 BIOMANALISTA CLÍNICA
 UNAN - MANAGUA
 NOTARIO MANAGUA
 Lic. Soraya Barboza Díaz


Anexo No.6. Formato de biopsia del Laboratorio de Histopatología Bucal de la Universidad Autónoma Metropolitana de México.

 <p>SOLICITUD DE ESTUDIO HISTOPATOLOGICO</p> <p>Casa abierta al tiempo</p>	
FECHA _____ No. DE BIOPSIA _____	
NOMBRE DEL PACIENTE _____	
EDAD _____ SEXO _____	
SOLICITANTE _____	
DIRECCION _____ TEL: _____	
<p>LESIONES:</p> <p>Mácula Pápula Nódulo Tumor Vesícula Etc.</p> <p>FORMA:</p> <p>Esferoidal Ovalada Mamelonada Etc.</p> <p>CONSISTENCIA:</p> <p>Blanda Firme Dura Fluctuante Etc.</p> <p>BASE:</p> <p>Sésil Pediculada Indurada Infiltrada</p> <p>SINTOMATOLOGIA:</p> <p>Dolor Prurito Parestesia Etc.</p>	<p>DATOS DE LA LESION</p> <p>LESION BASICA _____ FORMA _____ COLOR _____ NUMERO _____ CONSISTENCIA _____ TAMAÑO _____ BASE _____ SUPERFICIE _____ O FONDO _____</p> <p>SINTOMATOLOGIA ASOCIADA _____</p> <p>LOCALIZACION (ES) _____</p> <p>IMAGEN RADIOGRAFICA _____</p> <p>NATURALEZA PROBABLE DE LA LESION:</p> <p>() INFLAMATORIA () HIPERPLASICA () NEOPLASIA (B) (M) () QUISTE () MALFORMACION () PROC. DEGENERATIVO () OTROS (Especificar) _____</p> <p>VINCULACION SISTEMICA: () SI () NO ESPECIFIQUE _____</p> <p>TIEMPO DE EVOLUCION () DIAS () SEMANAS () MESES () AÑOS</p> <p>INFORMACION ADICIONAL :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>IMPRESION DIAGNOSTICA: _____</p>

Anexo No.7. Reporte histopatológico de las lesiones expedidas por el Laboratorio de Patología del Hospital España de la ciudad de Chinandega.

HOSPITAL "ESPAÑA"
CHINANDEGA, NICARAGUA.
LABORATORIO DE PATOLOGIA

Ministerio de Salud

Nombre del Paciente:  Edad: 15
Sexo: M Operación Practicada: Biopsia de mucosa labio inferior.
Fecha de la Cirugía: 10-08-16
Médico Tratante: Dr. Paz/Alvira
Espécimen: Mucosa labio inferior N° Q: QIC 2726
N° Expediente: Procedencia del Paciente:

DATOS CLINICOS:

PACIENTE CON MARESTAR A LA MASTICACION
MUCOSA DEL LABIO INFERIOR Y SUPERIOR.

DESCRIPCION: EN TOTAL SE RECIBE UN NODULO DE TEJIDO QUE MIDE 1x1.8x0.
LOBULADO GRISACEO, AL CORTE BLANDO. SE TOMA MUESTRA EN UN
CAPSULA.

DR. QUINTERO
PATOLOGA

DIAGNOSTICO: - BIOPSIA DE MUCOSA LABIO INFERIOR.
- CAMBIOS CONSISTENTES CON HIPERPLASIA EPITELIAL LOCAL.

FECHA Original: 10-08-16
Copia: 0-01-17

Dr. Yolanda Quintero de Paz
Patóloga Oncológica
Céd. No. 1161

